



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o nemocnou
s dg. Akutní pankreatitis**

*Nursing Care of the Patient with Acute
Pancreatitis.*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Martina Janatová

Autor práce: **Martina Janatová**

Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytečková**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav Ošetrovatelství
3. LF KU v Praze

Odborný konzultant: **MUDr. Leo Slavkovský**

Pracoviště odborného konzultanta: Klinika anesteziologie a resuscitace
FN Královské Vinohrady v Praze

Termín obhajoby: **duben 2009**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 29.1.09

Martina Janatová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Renatě Vytejškové za pomoc a cenné rady při psaní mé bakalářské práce, dále pak odbornému konzultantovi MUDr. Leo Slavkovskému za důležité odborné připomínky ke klinické části mé práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat vedení ARO v Mladé Boleslavi primáři Doc. MUDr. Ivanu Heroldovi, vrchní sestře Janě Truksové, staniční sestře Jitce Fridrichovské a celému pracovnímu kolektivu za pomoc a podporu při mém studiu na 3. lékařské fakultě.

Děkuji.....

Obsah:

1 Úvod	9
2 Klinická část	11
2.1 Anatomie a fyziologie pankreatu	11
2.1.1 Anatomie pankreatu	11
2.1.2 Fyziologie pankreatu	13
2.2 Akutní pankreatitis	14
2.2.1 Definice onemocnění	14
2.2.2 Klinická definice onemocnění	15
2.2.3 Dělení akutní pankreatitidy (Atlantská klasifikace z r. 1992)	15
2.2.4 Etiologie	16
2.2.5 Patogeneze	17
2.2.6 Klinický obraz	17
2.2.7 Diagnostika	18
2.2.8 Terapie	20
2.2.9 Prognóza onemocnění	25
3 Základní údaje o pacientce	26
3.1 Nynější onemocnění	27
3.2 Provedená vyšetření	27
3.3 Průběh příjmu pacientky na ARO	30
3.4 Stav při přijetí	30
3.5 Farmakoterapie pacientky ze dne 8. 2. 2008	34
3. 6 Průběh další hospitalizace pacientky na ARO	35
4 Ošetrovatelská část	37
4.1 Ošetrovatelský proces	37
4.2 Fáze ošetrovatelského procesu	38
4.3 Charakteristika modelu dle Virginie Hendersonové	42
4.3.1 Virgina Hendersonová	42
4.3.2 Koncepční model Hendersonové komplementární model	43
4.3.3 Komponenty základní ošetrovatelské péče	45
4.4 Osobní anamnéza pacientky	46
4.5 Ošetrovatelská anamnéza dle Hendersonové	47

4.5.1 Pomoc pacientce normálně dýchat	47
4.5.2 Pomoc pacientce při příjmu potravy a tekutin	48
4.5.3 Pomoc pacientce při vyměšování	49
4.5.4 Pomoc pacientce při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)	49
4.5.5 Pomoc pacientce při spánku a odpočinku	50
4.5.6 Pomoc pacientce při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání	51
4.5.7 Pomoc pacientce při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)	51
4.5.8 Pomoc pacientce při udržování tělesné čistoty, upravenosti a při ochraně pokožky	52
4.5.9 Pomoc pacientce před nebezpečím z okolí (poraněním, infekcí, násilím)	53
4.5.10 Pomoc pacientce při komunikaci, při sdělování jejích potřeb, vyjadřování pocitů, obav a emocí	54
4.5.11 Pomoc pacientce při vyznávání její víry	54
4.5.12 Pomoc pacientce při práci a produktivní činnosti	55
4.5.13 Pomoc pacientce při odpočinkových a rekreačních aktivitách	55
4.5.14 Pomoc pacientce při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti	55
4.6 Ošetrovatelské diagnózy stanovené u pacientky 1. den hospitalizace na ARO	56
4.6.1 Porucha dýchání z důvodu neschopnosti udržet průchozí dýchací cesty v souvislosti se základním onemocněním	57
4.6.2 Deficit tělesných tekutin z důvodu základního onemocnění	59
4.6.3 Bolest akutní z důvodu zánětlivého procesu pankreatu	61
4.6.4 Porucha močení z důvodu nedostatečné renální perfuze v souvislosti s deficitem tělesných tekutin	63
4.6.5 Porucha výživy z důvodu zánětlivého procesu pankreatu v souvislosti s odčerpáváním žaludečního obsahu s nutností parenterální a enterální výživy	64

4.6.6 Deficit soběstačnosti z důvodu analgosedace projevující se ve všech oblastech sebedpěče	66
4.6.7 Zvýšení tělesné teploty z důvodu rozvoje septického šoku	68
4.6.8 Zvýšené pocení z důvodu zvýšené teploty	69
4.6.9 Riziko pádu z lůžka z důvodu základního onemocnění	70
4.6.10 Riziko vzniku katetrové sepse z důvodu zavedených invazivních vstupů (centrálního kateru a arteriálního katetru)	71
4.6.11 Riziko vzniku infekce dýchacích cest z důvodu endotracheální intubace a umělé plicní ventilace	73
4.6.12 Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení peramentního močového katetru	74
4.7 Dlouhodobý plán péče	76
4.8 Psychologické zhodnocení pacientky	79
4.8.1 Prožívání nemoci	79
4.8.2 Postoj k nemoci	79
4.8.3 Reakce na pobyt v nemocnici	79
4.8.4 Zhodnocení a zvládnutí komunikace s pacientkou	80
4.8.5 Obranné mechanismy	80
4.8.6 Motivace k léčbě	80
4.9 Edukace pacienta	81
5 Závěr	83

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 Výsledky krevního obrazu pacientky při příjmu na ARO 8. 2. 2008

Tabulka č. 2 Výsledky krevních plynů pacientky při příjmu na ARO 8. 2. 2008

Tabulka č. 3 Výsledky biochemie krve pacientky při příjmu na ARO 8. 2. 2008

1 Úvod

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat intenzivní ošetrovatelskou péči u pacientky B.D. nar. 1949, která byla na ARO v Mladé Boleslavi přijata s diagnózou akutní pankreatitis v počínajícím septickém šoku a u které se po dobu hospitalizace na našem oddělení rozvinulo multiorgánové selhání s nutností umělé plicní ventilace, vazomimetické podpory oběhu a kontinuální eliminační metody očišťování krve.

Moje práce je členěna na tři části: klinickou část, část o základních údajích o pacientce a ošetrovatelskou část.

V klinické části mé práce se krátce věnuji anatomii a fyziologii pankreatu. Dále pokračuji definicí onemocnění akutní pankreatitis, klinickou definicí onemocnění a rozdělení akutní pankreatitis dle Atlantské klasifikace z r. 1992. Zmiňuji se o etiologii a patogenezi onemocnění. Popisuji klinický obraz nemoci a laboratorní diagnostiku a zobrazovací vyšetření. Dále popisuji terapii onemocnění, možnosti chirurgické léčby a intervenční radiologie. V závěru klinické části zmiňuji prognózu onemocnění.

V části o základních údajích o pacientce poskytuji nástin osobních údajů pacientky, popisuji nynější onemocnění, provedená vyšetření, průběh příjmu na ARO a stav pacientky při přijetí, farmakoterapii dne 8.2. 2008 a průběh další hospitalizace pacientky na našem oddělení.

V ošetrovatelské části se zpočátku zabývám teorií ošetrovatelského procesu a jeho fázemi, teorií a charakteristikou vybraného koncepčního modelu Hendersonové. Dále poskytuji osobní anamnézu pacientky a ošetrovatelskou anamnézu dle Hendersonové ze dne příjmu pacientky na ARO. Uvádím zde aktuální ošetrovatelské diagnózy 1. dne hospitalizace pacientky na ARO a potencionální ošetrovatelské diagnózy pro další hospitalizaci. Zabývám se zde plány ošetrovatelské péče a dlouhodobým plánem péče. Součástí ošetrovatelské části je i psychologické zhodnocení pacientky a část věnující se edukaci pacientky.

Závěr obsahuje shrnutí celého průběhu hospitalizace pacientky na našem oddělení. Práce je doplněna přílohami, které obsahují např. hodnocení stupně

sedace dle Ramseye, Barthelův test všedních činností, jídelníček pankreatické diety používaný pro pacienty naší nemocnice, tabulku vhodných potravin pro pokračující dietu č.4, farmakologické údaje o podávaných lécích, dokumentaci našeho oddělení se záznamem denní směny příjmového dne a ošetřovatelskou dokumentaci.

2 Klinická část

2. 1 Anatomie a fyziologie pankreatu

2. 1. 1 Anatomie pankreatu

„*Pancreas* (slinivka břišní) je protáhlá, šedorůžová až nažloutlá žláza, dlouhá 14-18 cm, 3-9 cm široká a jen 2-3 cm tlustá. Váží asi 60-90 g. Tvarově lze na slinivce břišní rozlišit objemnou hlavu, caput pancreatis, a plynule navazující oploštělé a úzké tělo, corpus pancreatis vybíhající v ocas, cauda pancreatis.

Poloha

Hlava pankreatu je uložena v konkávním ohbí duodena, před tělem L₂. Vpředu kříží hlavu pankreatu úpon mesocolon transversum. Nad úponem naléhá na slinivku pylorická část žaludku, pod úponem leží kličky tenkého střeva. Zadní plocha caput pancreatis leží na zadní stěně břicha, vpravo od páteře v rozsahu L₁-L₃, s břišní stěnou je spojena pouze řídkým vazivem. Za hlavou slinivky vzniká kmen v. portae (soutokem v. mesenterica superior et v. lienalis) a probíhá zde žlučovod. Od dolní duté žíly a břišní aorty je hlava oddělena retropankreatickou membránou. Tělo slinivky probíhá doleva napříč břišní dutinou až k levé ledvině. Kříží útvary ležící za pobřišnicí, především břišní aortu a svou přední plochou je přivrácena do úzkého peritoneálního prostoru za žaludkem, do bursy omentalis. Zadní plocha corpus pancreatis je obrácena k zadní ploše trupu a je spojena řídkým vazivem s břišní aortou, plexus coeliacus, vasa mesenterica superior, vasa renalia sin., s nadledvinou a hilem levé ledviny. Po zadní ploše slinivky probíhá také v. lienalis a těsně u horního okraje a. lienalis. Dolní plochou se dotýká colon transversum, kliček jejunu a flexury duodenojejunalis. Cauda pancreatis je zaoblený, protažený výběžek těla, který dosahuje až ke slezině.

Fixace

Slinivka břišní je uložena hluboko v dutině břišní, na zadní stěně trupu. Je velmi dobře fixována k zadní stěně trupu a vpředu napříč probíhajícím úponem mesocolon transversum. K upevnění přispívá také uložení hlavy pankreatu v duodenálním ohbí a opření těla pankreatu v místě flexura duodenojejunalis.

Stavba slinivky

Pankreas je komplex dvou typů žláz spojených v jeden orgán.

Endokrinní pankreas patří k systému žláz s vnitřní sekrecí a tvoří ho asi 1 milión, 0,1-0,5 mm velkých Langerhansových ostrůvků, roztroušených v exokrinní tkáni. Ostrůvky jsou v pankreatu roztroušeny velmi nerovnoměrně, nejvíce jich je v ocasu, nejméně v hlavě žlázy. Endokrinní pankreas produkuje hormony inzulin, glukagon, somatostatin a gastrin.

Exokrinní pankreas je součástí trávicího systému, patří mezi tuboalveolární serózní žlázy. Jemně hrbolatý povrch žlázy je obalený tenkou vrstvičkou vaziva, které vstupuje i do hmoty žlázy a rozděluje ji na nestejně velké lalůčky, lobuly. Lobuly se skládají z acinů, jejichž stěny tvoří serózní buňky produkující až 2 litry pankreatické šťávy denně.

Vývodné cesty slinivky břišní začínají úzkými, vsunutými vývody od acinů, spojují se ve vývody intra- a interlobulární a interlobulární vývody ústí do hlavních vývodů pankreatu, ductus pancreaticus a ductus pancreaticus accesorius. Ductus pancreaticus (Wirsungi) je hlavní, jde celou délkou pankreatu, od ocasu přes tělo a hlavu, proráží stěnu duodena a ústí buď samostatně nebo společně se žlučovodem na papilla duodeni major. Ústí je opatřeno svěračem. Ductus pancreaticus accesorius (Santorini) je variabilní, samostatný vývod, který odvádí pankreatickou šťávu pouze z hlavy pankreatu, ústí do duodena na papilla duodeni minor nad ústím hlavního vývodu.

Cévy a nervy slinivky břišní

Tepny pankreatu jsou větvemi truncus coeliacus a a. mesenterica superior.

Žíly odvádějí krev do v. mesenterica superior a do jejích přítoků, a do v. lienalis. Odtud pak teče krev do v. portae.

Mízní cévy odvádějí lymfu do nll. hepatici, nll. coeliaci a do nll. pancreaticolienales.

Parasympatická inervace pochází z n. vagus a ke slinivce se dostává v plexus coeliacus. Dráždění parasympatiku zvyšuje prokrvení a sekreci slinivky břišní.

Sympatická vlákna přicházejí z ganglií hrudního sympatiku a po přepojení v ganglion coeliacum pokračují s parasympatickými vlákny k hladké svalovině vývodů a cév pankreatu.

Senzitivní vlákna probíhají společně s autonomními nervy.“

(6)

2. 1. 2 Fyziologie pankreatu

„Slinivka břišní (pancreas) je orgán se zevně sekreторickou (exokrinní) i vnitřně sekreторickou (endokrinní) funkcí. Její vnitřně sekreторickou částí jsou Langerhansovy ostrůvky umístěné difúzně ve tkáni žlázy. Jsou tvořeny buňkami A, které produkují *glukagon*, buňkami B syntetizujícími *inzulin* a buňkami D, v nichž vzniká *somatostatin* a *gastrin*. Inzulin a glukagon regulují hladinu glukózy tak, aby se její hladina udržovala v rozmezí 3,5-5,5 mmol/l. Exokrinní oddíl se považuje za součást trávicího traktu, odvádí do duodena denně 1 až 2 litry pankreatické šťávy o pH až 8,5.

Pankreatická šťáva je zásaditá a je tvořena hlavně vodou, ionty HCO_3^- a enzymy: *proteázami* (enzymy štěpícími bílkoviny), *pankreatickou alfa amylázou* (štěpí v ústech naštěpené škroby), *pankreatickou lipázou* (nejúčinnější enzym štěpící tuky), *nukleázami*, *elastázami*, *fosfolipázami* a *kolagenázou*.

Řízení sekrece pankreatu je nervová (nepodmíněnými a podmíněnými reflexy) nebo humorální.

Složení pankreatické šťávy závisí na podnětu z duodena. Je-li v duodenu přítomen tuk, vyplaví se *cholecystokinin* a zvýší sekreci pankreatické šťávy bohaté na enzymy. *Cholecystokinin* ve spolupráci s *GIP* (*gastric inhibitory peptide*) zpomalí vyprazdňování žaludku do duodena a tím bude mít pankreatická lipáza v duodenu dostatek času rozštěpit tuky. Cholecystokinin také posílí sekreci žluči a v ní přítomné žlučové kyseliny mohou tuky emulgovat (nechat rozpadnout na malé kapičky, protože enzymy působí pouze na povrchu a takto se proces trávení urychlí). Jestliže se do duodena dostane chymus s nízkým pH, stimuluje vydávání *sekreтину* a ten způsobí, že pankreas začne secernovat šťávu s vysokým obsahem vody a HCO_3^- (účelem je zředění a neutralizace chymu) s nízkým obsahem enzymů.“

(7)

2. 2 Akutní pankreatitis

2. 2. 1 Definice onemocnění

Akutní pankreatitis je akutní zánětlivý proces postihující morfologii a funkci slinivky břišní, doprovázený poškozením morfologie a funkce řady orgánových systémů.

2. 2. 2 Klinická definice onemocnění

Akutní pankreatitis je náhle vzniklý stav spojený s intenzivní bolestí v epigastriu spojenou s různým břišním nálezem od mírného napětí až do úplného stažení. Bolest má většinou stálý charakter, je doprovázena zvracením, které nepřináší úlevu, tachykardií a často horečkou, v těžkých stavech se rozvíjí šok. V laboratorním nálezu je typická leukocytóza a zvýšení pankreatických enzymů v séru a v moči.

2. 2. 3 Dělení akutní pankreatitidy (Atlantská klasifikace z r. 1992)

- ✓ **Těžká forma-** forma, končící i fatálně, je charakterizována multiorgánovým selháním se vznikem lokálních komplikací (absces, nekróza, akutní pseudocysta). Projevuje se stoupajícím napětím břicha, distenzí, zástavou střevní peristaltiky, někdy je hmatná epigastrická masa, ekchymózy na bocích a kolem pupku (Greyovo-Turnerovo a Cullenovo znamení). Orgánové selhání je definováno jako šok, plicní insuficience, ledvinové selhání, gastroenterologické krvácení, systémové a metabolické komplikace (DIC, hypokalcémie). V patologickém nálezu je mikroskopicky intersticiální edém až tukové nekrózy, makroskopicky pankreatické a peripankreatické nekrózy a hemoragie.
- ✓ **Lehká forma-** je provázena minimální orgánovou dysfunkcí a bezproblémovým průběhem, v naprosté většině případů dojde k plné funkční reparaci slinivky, včetně morfologie. K normalizaci klinického a laboratorního obrazu stačí přísun tekutin. Zhoršení po 48-72 hodinách po zahájení terapie znamená komplikace. V patologickém nálezu je makroskopicky i histologicky intersticiální edém.

V rámci dělení akutní pankreatitidy je třeba rozlišit čtyři formy postižení žlázy:

- ✓ **Akutní tekutinová kolekce** - tekutina je lokalizována přímo ve žláze nebo jejím bezprostředním okolí, obvykle provází těžkou formu onemocnění.
- ✓ **Pankreatická nekróza**- je difúzní nebo lokální oblast odumřelého pankreatického parenchymu, typicky spojená s peripankreatickou tukovou nekrózou.
- ✓ **Akutní pankreatická pseudocysta**- kolekce tekutiny v dutině bez vlastní stěny, je ohraničená granulační nebo fibrózní tkání, uložená mimo pankreas, ovoidního nebo kulovitěho tvaru, někdy hmatná, patrná na SONO nebo CT.
- ✓ **Absces pankreatu**- ohraničená kolekce infekčního materiálu v pankreatické dutině obsahující někdy i zbytky nekrotické tkáně. Od infikované nekrózy, která vzniká z ohraničené nekrózy následnou kolikvací a sekundární infekcí, se odlišuje přítomností hnisu a pozitivní kultivací na bakterie nebo plísňě a obsahem malého množství nebo žádné nekrózy.

2. 2. 4 Etiologie

Akutní pankreatitis je ve většině případů vyvolána **cholelitiázou** (50-60%), **abúzem alkoholu** (20-40%) nebo je příčina neznámá. Mezi **vzácnější** etiologie patří **iatrogenní** (ERCP, operační, perkutánní biopsie), **léková** (azathioprin, tetracyklin, diuretika, estrogeny, cytostatika), **anomálie pankreatu** (pankreas divisum, cysta duodena), **peptický vřed s penetrací do pankreatu**, **infekce**: bakteriální (E. Coli, Legionella, Yersinie, Mycoplasma), mykózy (Aspergillus), virové (hepatitis A a C, parotitis, CMV, HIV), protozoa (Ascaris lumbricoides), **ampulom a jiné nádory pankreatu** (karcinoid, lymfom, metastázy), **systémová onemocnění** (lupus erythematosus), **toxické** (otravy), **trauma**, hyperlipoproteinémie a hyperkalcémie.

2. 2. 5 Patogeneze

Autodigesce žlázy vlastními enzymy. Prvním krokem je předčasná změna trypsinogenu v trypsin v acinech, po níž následně dochází k aktivaci dalších proenzymů např. elastázy, karboxypeptidázy atd. Poté se aktivuje komplement a kininový systém, stimulují se makrofágy, uvolňují interleukiny a postupně dochází k rozvoji šoku s porušenou mikrocirkulací, s porušenou permeabilitou cévního řečiště, hemokoncentrací a známkami systémové zánětlivé odpovědi organismu (SIRS).

2. 2. 6 Klinický obraz

- **Bolest** s náhlým začátkem, z plného zdraví, s lokalizací nad pupkem, s výraznou intenzitou a s propagací do zad a břicha, zhoršuje se při poloze na zádech
- **Nauzea, zvracení** nepřinášející úlevu, zpočátku je zvracení reflexní, později na podkladě žaludeční a střevní atonie, u těžkých forem se rozvíjí paralytický ileus
- **Zástava peristaltiky a distenze břicha**, je dána únikem tekutiny do retroperitonea ve snaze organismu zředit pankreatické enzymy a zabránit další autodigesci
- **Teplota** je celkovou reakcí organismu na pyrogeny ze zaníceného pankreatu, obvykle kolem 38 až 38,5 °, ve fázi sepse 39 až 40°C
- **Dušnost** je způsobena distenzí břicha a vytlačováním bránice směrem vzhůru, časem se může zhoršovat přítomností výpotku v pleurální dutině a jinými plicními komplikacemi např. atelektázami, zánětem, postižením plic v rámci SIRS až ARDS
- **Ikterus** není pravidelným příznakem, částečně může být způsoben obstrukcí žlučových cest, částečně může být způsoben reakcí jaterní buňky na toxémii nebo sepsi

- **Oběhové změny** bývají různě vyjádřeny v souvislosti s tíží onemocnění, u lehkých forem je pouze tachykardie a kolísání TK, u těžších forem zpočátku spíše hypertenze a tachykardie jako projev hyperkinetické cirkulace, později dochází vlivem hypovolémie a toxémie k rozvoji šoku a zhroucení oběhu

V souvislosti s oběhovými změnami vzniká na kůži tzv. mramoráž, v okolí pupku promodrání až ekchymózy tzv. Cullenovo znamení, šedavé nebo žluté ekchymózy na bocích Greyovo-Turnerovo znamení. Velmi důležitým a závažným příznakem je **psychická alterace pacienta**.

2. 2. 7 Diagnostika

Laboratorní diagnostika

- ***Zvýšení amyláz*** v krevním séru a v moči, které se ale vyskytuje také u jiných onemocnění jako např. mimoděložní těhotenství, perforace žaludečního vředu atd., proto se pokládá za významné až trojnásobné zvýšení hladiny amyláz s příslušnými břišními příznaky. Přesnější je vyšetření izoenzymů amylázy (pankreatický P, slinný S). U akutní pankreatitidy převažuje izoenzym P.
- ***Vyšetření lipázy*** v krevním séru je více specifické, ale její zvýšení nastupuje mnohem později.
- ***Vyšetření krevního obrazu*** s nálezem leukocytózy.
- ***Biochemické vyšetření*** krevního séra s nálezem hyperglykémie a moči s glykosurií.
- ***Vyšetření iontů, hladin kalcia, kalia, natria a chloridů***. Hypokalcémie je prognosticky nepříznivá. Hladinu kalia sledujeme pro posuzování dynamiky jeho změn i jako jednoho z markerů nastupujícího ledvinového selhání. Dále sledujeme ***jaterní testy*** – hladinu bilirubinu, AST, ALT, GMT a ALP, ty jsou zvýšeny při obstrukci žlučových cest. Zvýšení obou transamináz nalézáme i u alkoholické pankreatitidy jako následek trvalého poškození jaterní buňky.

• **Testy zánětlivé reakce:** TNF alfa (Tumor nekrotizující faktor alfa) – podobný mediátor jako proteiny akutní fáze (CRP, fibrinogen), jeho hladina koreluje s tíží onemocnění, u lehké formy nemusí být detekovatelný, jeho max. hladina je 1.-2. den. CRP (C-reaktivní protein) - je syntetizován hepatocyty, má pozvolný vzestup, nejvyšších hodnot obvykle dosahuje 2.- 4. den, kolem 120-210 mg/l. Prokalcitonin – jeho pozitivita svědčí pro infekci, hodnota koreluje s tíží infekčního zánětu.

• **Testy trypsinové aktivity a jiných pankreatických enzymů** – TAP (peptid aktivující trypsinogen) – v séru, v moči, v ascitu, CAPAP (peptidy aktivující karboxypeptidázu B)- v séru, v moči. Tyto markery jsou vhodné k časnému určení tíže akutní pankreatitidy, v dalším průběhu nemají význam a nejsou vhodné k rutinnímu sledování průběhu onemocnění.

• Další vyšetření nejsou charakteristická pro diagnostiku akutní pankreatitidy, ale jsou potřebná pro sledování orgánových postižení – **hladina urey, kreatininu, sledování krevních plynů a acidobazické rovnováhy, celkové bílkoviny a albuminu v séru.**

Zobrazovací vyšetření

• **Nativní RTG břicha a hrudníku** – má pro diagnostiku podpůrný význam. Pomáhá pankreatitidu odlišit od perforačních příhod, u těžších forem jsou na snímku známky paralytického ileu (bez přítomnosti volného vzduchu v dutině břišní). Na plicích se objevují atelektázy, levostranný pleurální výpotek a event. s indukovanou bazální pneumonií.

• **Ultrasonografické vyšetření břicha (dále jen UZ břicha)** – je zcela neinvazivní a levné vyšetření, je ale omezeno plynatostí s distenzí kliček. V obrazu nacházíme difúzní zvětšení pankreatu, reakci okolí (peritoneální a retroperitoneální výpotek), dilataci žlučových cest a event. konkrementy ve žlučových cestách.

• **CT vyšetření břicha** – má nepochybně největší význam ze všech zobrazovacích metod. Pro průkaz nekróz pankreatu a jejich vztahu

k nepostížené části pankreatu se provádí tzv. dynamické angio CT vyšetření s aplikací kontrastní látky i.v.

- **ERCP(endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie)** – je zcela neocenitelné vyšetření, které nám dává cenné informace o biliárním systému, proto je plně indikováno tam, kde je podezření, že se jedná o akutní pankreatitidu na biliárním podkladě, u alkoholických se neprovádí. Kromě diagnostiky ERCP také umožňuje léčebné zásahy jako papilosfinkterotomii (Wirsungotomie) a eliminaci zaklíněných konkrementů z biliárního stromu.

- **Endosonografické vyšetření** – nemá zásadní cenu pro diagnózu akutní pankreatitidy, ale může přispět k průkazu konkrementu v distální části ductus choledochus zvláště, když se předtím nezdařilo ERCP.

- **MR (magnetická rezonance)** – cholangiopankreatografie – nová, neinvazivní zobrazovací metoda

2. 2. 8 Terapie

K terapii lehké formy akutní pankreatitidy postačí k normalizaci fyzikálního a laboratorního obrazu 2 až 5 dnů hladovky, léčba příčiny pankreatitidy, analgetika, přísun tekutin i.v., 5.-7. den obnova výživy dietou bohatou na sacharidy se středním množstvím proteinů a od 7. dne již normální dieta.

U těžké formy akutní pankreatitidy je nezbytná intenzivní terapie na odděleních intenzivní péče nebo ARO.

Hlavní zásady terapie těžkých forem akutní pankreatitidy:

- Zákaz orálního příjmu tekutin a stravy a zavedení nazogastrické sondy (dále jen NGS) k odčerpávání žaludečního obsahu (jednoznačně u pacientů s žaludeční atonií a zvracením) – docílíme tím inhibice žaludeční sekrece společně s podáváním blokátorů protonové pumpy (omeprazol), který má

význam i v prevenci vzniku stresového žaludečního vředu. Někteří pacienti udávají i snížení intenzity bolestí

- Úprava hypovolémie a změn hladin elektrolytů – je důležitá od samého počátku onemocnění zvláště, když si uvědomíme objem ztráty tekutin. Ztráty tekutin dělíme na externí, což jsou odpady z NGS a zvracení, a interní, které vznikají jednak retencí tekutin v GIT při žaludeční atonii a střevní paréze, dále pak sekvestrací tekutin do retroperitoneálního a peritoneálního prostoru a masivní transudací z intravaskulárního prostoru do intersticia při rozvinutém syndromu kapilárního úniku. Vzniklá hypovolémie je ještě více zhoršována uvolňováním vazodilatačních látek při SIRS a dochází tím k oběhové nedostatečnosti a perfúzním poruchám (ledviny). Takto vzniklé ztráty mohou dosahovat mnoha litrů a jsou řešeny podáváním krystaloidních roztoků např. Ringerfundin, Hartmannův roztok a roztoků koloidních např. želatinových Haemacell, Gelofusin nebo hydroxyethylových škrobů Haes, podáváním lidského albuminu nebo mražené plazmy. Nevýhodou elektrolytových roztoků je jejich rychlý únik do extravasálních prostor a nutnost podávání větších objemů a vznik edémů. Nevýhodou koloidních roztoků je možnost vzniku anafylaktické reakce a koagulopatie. Množství podaných roztoků v počáteční fázi může činit 6 000-8 000 ml za 24 hodin za pečlivé monitorace TK, pulsu, CVP a hodinové diurézy, která nesmí klesnout pod 50 ml/hod.

- U oběhově nestabilních pacientů i po počáteční objemové náhradě podáváme při hypotenzi titrační dávky inotropik např. Noradrenalinu nebo inodilatační léčbu Dobutaminem. Tuto léčbu je nejlépe objektivizovat monitorací hemodynamických parametrů zavedeným Swann-Ganzovým katetrem (plnicí tlaky pravé a levé komory, minutový srdeční výdej, plicní a systémovou vaskulární rezistenci). V případě těžké sepse je vhodné tuto léčbu doplnit Hydrocortisonem.

- Terapie hypoxie podáváním O_2 za monitorace SpO_2 a krevních plynů. Pokles PaO_2 pod 8 kPa je indikací k endotracheální intubaci a umělé plicní

- Tlumení bolesti je zásadním léčebným opatřením. V těžkých případech bolestí je nezbytné i.v. podávání opiátů především fentanylového typu (fentanyl, sufentanil). Morphin je nevhodný pro teoretickou možnost zvýšení tonusu Oddiho svěrače. Spazmolytika jsou málo efektivní a jsou kontraindikována u paralytického ileu. Vhodnou metodou tlumení bolesti je kontinuální hrudní epidurální analgezie.

- Parenterální výživa, podávání aminokyselin, cukrů i tukových emulzí je indikována od prvního dne. Současně doplňujeme hladiny iontů včetně kalcia, magnézia a fosfátů. Hyperglykémie se řeší podáváním inzulínu. Nezbytná je pravidelná kontrola biochemických parametrů krve. K podávání kompletní parenterální výživy je nutné zavedení centrálního žilního katetru (dále jen CVK). Snahou omezit septické komplikace plynoucí z podávání parenterální výživy je zavedení nazojejunální (enterální) sondy a podávání vhodných preparátů enterální výživy. Střevo je totiž při akutní pankreatitidě hlavním zdrojem infekce a včasné zahájení enterální výživy zabraňuje atrofii slizničních klků a zachovává integritu sliznice a tím uchovává slizniční bariéru střeva a tím předchází infekčním komplikacím ze střeva.

- Antibiotika – preventivní podávání antibiotik snižuje výskyt infekčních komplikací, cílem je zabránit infikování pankreatických nekróz a vzniku abscesu. Antibiotiky první volby jsou chinolony III. generace (ofloxacin, ciprofloxacin) a karbapenemy (meropenem, imipenem) v kombinaci s Metronidazolem, dále pak tazobactam a piperacilin. Je však nutné nasadit včas cílenou ATB terapii. Materiál ke kultivaci a zjištění citlivosti je možné získat např. punkcí pankreatické nekrózy pod CT kontrolou.

- Podávání inhibitorů pankreatických enzymů je velmi sledovanou oblastí terapie, avšak rutinní podávání somatostatinu nebo okreotidu nezlepšuje klinický výsledek stran přežití.
- ERCP a EPT (endoskopická papilosfinkterotomie) jsou indikovány při biliární etiologii onemocnění s biliární obstrukcí a cholangiogenní sepsí.
- Forsírovaná diuréza – podávání Furosemidu a Manitolu 20% k udržení diurézy
- Eliminační metody – indikací k provádění eliminačních metod může být sepsa nebo akutní renální selhání vzniklé v rámci multiorgánového selhání. Vzhledem k možnému výskytu koagulačních poruch, krvácivých komplikací a častých operačních revizí se někdy provádí hemofiltrace se zajištěním citrátovou antikoagulací, která zásadně neovlivňuje hemokoagulaci pacienta.

Chirurgická léčba

Indikace k chirurgické léčbě jsou rozdílné v jednotlivých fázích onemocnění.

- V rané fázi se provádí explorativní laparotomie při nemožnosti stabilizace nemocného při adekvátní intenzivní léčbě k vyřešení komplikací jako je např. perforace žlučníku, střevní píštěle, při biliární etiologii při nezdaru endoskopické intervence, při komplikacích endoskopických nebo radiologických intervencí, při narůstajících známkách náhlé příhody břišní a hemoragie.
- V pozdní fázi onemocnění se provádí evakuace infikovaných pankreatických nekróz, abscesů a krvácejících nebo infikovaných pseudocyst, cholecystektomie s dekompresí žlučových cest, řešení střevních píštělí atd.

Úspěch chirurgického řešení těžké formy akutní pankreatitidy je závislý na správném načasování chirurgického výkonu (nejlépe 3.-4. týden od počátku

onemocnění), na včasné diagnóze infikovaných pankreatických nekrotéz a abscesu přímou punkcí pod CT kontrolou a na nasazení účinné ATB terapie dle vyšetření kultivace a citlivosti takto získaného materiálu a na správné operační technice. Příčnou laparotomií se provádí šetrný debridement nekrotických částí (nejbezpečněji digitoklasticky), zakládá se nutritivní jejunostomie a laparostomie (Ethizip nebo sterilní folie) nebo bursostomie. Pravidelné revize a výplachy laparostomie se provádějí v intervalu cca 48hodin, po úpravě stavu lze laparostomii uzavřít. Tento přístup může komplikovat vznik pankreatické píštěle, krvácení z pankreatického lůžka nebo iatrogenní poškození střeva. Od uzavřených lavážních technik se upouští, lepší výsledky léčby bývá dosaženo cílenou drenáží omentální burzy (bursostomie).

Intervenční radiologie

Radiolog může nabídnout u nemocných s akutní pankreatitidou několik výkonů:

- ✓ Biopsii
- ✓ Punkci s aspirací
- ✓ Perkutánní drenáž

U nemocných s kolekcí tekutiny okolo pankreatu nebo s nekrotózou je zásadní informace, zda je patologická tkáň infikovaná. V těchto případech lze provést punkci a aspiraci tekutiny či nekrotické tkáně a s drenáží počkat do výsledku kultivace tohoto materiálu.

Drenáž je indikovaná u nemocných s akutní kolekcí tekutiny nebo s pseudocystou nebo abscesem.

U pseudocyst, kde by měla být drenáž spíše dlouhodobá, lze založit transgastrickou drenáž.

2. 2.9 Prognóza onemocnění

Akutní pankreatitida obvykle začíná asi v 80 % lehkou formou projevující se edémem žlázy. V této fázi může dojít k regresi zánětu. Mortalita u těchto nemocných dosahuje asi 0,5-1 %. Asi ve 20 % jsou tito nemocní ohroženi rozvojem nekróz pankreatu (mortalita v tomto období je asi 10-15 %), které se asi u poloviny nemocných infikují a jsou příčinou rozvoje sepse (mortalita dosahuje asi 85 %).

Pro průběh akutní pankreatitidy byla vypracována různá prognostická kritéria, která umožní předpověď vývoje onemocnění.

Klasickým schématem je Ransonovo schéma posuzující při přijetí věk, leukocytózu, glykémii, LD, AST, po 48 hodinách od přijetí pokles kalcémie, PaO₂, hematokritu, zvýšení urey, deficitu bázi a odhadovanou sekvestraci tekutin. Sledování dynamiky CRP, kalcémie, leukocytů a urey v séru však bývá pro prognostický odhad plně postačující.

(4, 11, 14)

3 Základní údaje o pacientce:

Iniciály: B.D.

Rok narození: 1949

Věk: 59 let

Váha: 100 kg

Výška: 150 cm

BMI: 44,4

Rodinná anamnéza: otec polymorbidní, matka zemřela v 65 letech na plicní onemocnění, 4 sestry mají vertebrální potíže, dcera je sledována pro epilepsii

Osobní anamnéza: ICHS, stp. non Q IM diafragmaticky anamn.
Hypertenze III st.
Chronická bronchitis
Obesita, Hyperlipidemie anamn.
DM II. typu na dietě
Divertikulosi sigmatu anamn., zánětlivé změny na caecu anamn.
Stp. opakovaných flebotrombózách cruris et femoris l. sin., terapie Warfarinem
Stp. opakovaných ischem. CMP s levostrannou symptomatologií
Stp. plicní embolie

Operace: Hysterectomy et ovariectomy v r. 1982 pro Ca
Operace levého kolene v r. 1995 pro artrózu
Operace umbilikální hernie v r. 1998

Chronická medikace:

Warfarin 5 mg	1-0-0
Afonilum SR 375 mg	0-0-1
Afonilum 250 mg	1-0-0
Atrovent 0,02 spray	3x denně
Agon 10 mg	1-0-0
Geratam 800mg	2-2-0
Tenaxum 1 mg	1-0-0
Furon 40 mg	1-0-0
Agapurin retard 600mg	3x1 tbl. denně
Aulin 100 mg	2x1 tbl. denně
DHC 90 mg	2x1 tbl. denně
Apo-Ibuprofen 400 mg dle potřeby	

Alergická anamnéza: intolerance Tramalu gtt. projevující se nevolností,
Tramal inj. snáší dobře

Sociální anamnéza: žije ve společné domácnosti s manželem
v družstevním bytě, má dvě dospělé dcery, které
bydlí samostatně.

Pracovní anamnéza: je invalidní důchodce

Abusus: alkohol 0, káva 2x denně, kouří 5 cigaret denně

3. 1 Nynější onemocnění

Pacientka byla 2. 2. 2008 přivezena vozem RLP na chirurgickou ambulanci pro jeden den trvající silné bolesti břicha v horní polovině po požití smažených hub a klobásy, opakovaně zvracela bez úlevy, ve zvracích nebyla přítomna žádná příměs, na stolicí byla. Břicho bylo při příjmu měkké, prohmatné, palpačně citlivé v horní polovině.

3. 2 Provedená vyšetření

Nativní RTG břicha: bez nálezu pneumoperitonea

Laboratoř: prokázána pankreatitis po dietní chybě (výsledky: bilirubin 55,0; ALT 2,59; AST 3,07; GMT 4,72; ALP 3,48; amyláza 51,73; glykémie 7,74; lipáza 584,28; CRP 19,0)

UZ břicha: pankreas nezhodnotitelný, játra zvětšena v obou průmětech, žlučník prostorný, stěna nerozšířená, obsahuje množství drobných konkrementů, hepatocholeodochus šíře 10 mm

Pacientka byla přijata na JIP chirurgického oddělení. Po nezbytném zajištění pacientky ve smyslu tlumení bolesti a její rehydratace byla indikována ERCP.

ERCP 2. 2. 2008: nepodařilo se kanylovat žlučový strom, precut neproveden

ERCP 4.2.2008: s nálezem choledochocystolithiázy s konkrementem zaklíněným v papile, byla provedena papilotomie a Wirsungotomie, extrakce 6 konkrementů, pankreatická a biliární drenáž(stent, double pigtail, pankreatický stent ponechán ve Wirsungu)

Pacientka je po celou dobu své hospitalizace na JIP negativistická, odmítá léčbu, dožaduje se dimise. Má bolesti epigastria vyzařující do zad, na léčbu nereagující

hypertenzi, diurézu je nutno forsírovat diuretika. 4. den hospitalizace na JIP bylo provedeno CT vyšetření epigastria se zaměřením na pankreas, nativně a postkontrastně.

CT vyšetření: játra bez ložiskových změn, žlučové cesty bez dilatace se zavedeným stentem, žlučník s hladkou, nezesílenou stěnou, obsah homogenní, bez zřetelné kontrastní lithiázy. Pankreas je výrazně rozšířen, neostrých zevních kontur, zejména v oblasti hlavy, která je obtížně diferenciovatelná od okolí, šíře nelze hodnotit, tělo 40 mm, kauda 36 mm. Denzita pankreatické tkáně je zvýšená, peripankreaticky je patrné prosáknutí a cárovité proužky tekutiny. Oblast hlavy a těla je z větší části nekrotická (cca 50% tkáně). Ledviny bez výraznějších patologických změn, nadledviny nezvětšeny, paraaortálně a na mezenteriu četné, nezvětšené lymfatické uzliny, slezina beze změn.

Akutní těžká nekrotizující pankreatitis s prosáknutím okolí

Steatóza žlučových cest, zvětšený žlučník

Steatóza jater.

Dne 7. 2. 2008 (5. den hospitalizace) byl k pacientce přivolán kardiolog pro hypertenzi nereagující na antihypertenzní léčbu.

Kardiologické konsilium: Hypertenze III. stupně dekompenzovaná, počínající levostranné srdeční selhání při dekompenzované hypertenzi

Celkový stav pacientky se nadále horší, pociťuje dyskomfort, má bolesti, které se nedají utiřit běžnou medikací, je nadále negativisticky naladěná. Stoupají hladiny zánětlivých markerů v laboratoři (leukocyty, CRP), má horečku. Dne 8. 2. 2008 u pacientky probíhá anesteziologické konzilium. Poté je domluven překlad na ARO, kde je plánováno zajištění pacientky, zavedení enterální sondy a epidurálního katetru k tlumení bolesti.

3. 3 Průběh příjmu pacientky na ARO

Pacientka je přeložena z chirurgické JIP 8.2. 2008 v 10.20 hod. pro celkové zhoršení stavu. Při přijetí je spontánně ventilující bez inhalace O₂, dechová frekvence se pohybuje okolo 18/min., stěžuje si na dušnost, hodnoty SpO₂ se pohybují kolem 93%. Bolesti v klidu nemá, je při vědomí, orientována, GCS 15, oběhově má hypertenzi 214/110 torrů s tepovou frekvencí 96/min, CVP 16 cm H₂O, TT 38,0°C. Pacientku při příjmu napojujeme na monitor životních funkcí, je jí podáván zvlhčený O₂, zavádíme jí peramentní katetr s termočidlem, abychom vedle TF, TK, SpO₂, dechové frekvence mohli sledovat i hodinovou diurézu a teplotu z močového měchýře. Pacientka má již z chirurgické JIP zavedenou nazogastrickou sondu, která odvádí žaludeční obsah, sledujeme jeho vzhled a množství, které musíme započíst do výdeje tekutin, protože bilance tekutin je dalším důležitým parametrem sledování pacienta. Pacientce dále odebíráme příjmovou laboratoř-biochemie krve (urea, kreatinin, ionty, jaterní testy, amyláza v séru, glukóza, celková bílkovina, albumin, CRP), krevní obraz a koagulace, krevní plyny, moč+sediment, mikrobiologiké a kultivační vyšetření-výtěr z nosu, krku, moč, výtěr z pochvy a konečníku, hemokulturu ze zavedeného centrálního katetru a z periferní žíly. Dále je provedeno RTG srdce a plic, 12ti svodové EKG, zaveden arteriální katetr cestou art. radialis sin. k invazivní monitoraci krevního tlaku, v plánu je zavedení enterální sondy a epidurálního katetru k tlumení bolesti.

3. 4 Stav při přijetí

Hlava-mezocefalická, na poklep nebolestivá, zornice izokorické, střední šíře, fotoreakce ++, bulby pohyblivé všemi směry, uši a nos bez výtoků, zavedena nazogastrická sonda, která odvádí žaludeční obsah, dutina ústní čistá, jazyk suchý, zbytkový chrup, pevný

Krk-karotidy tepou symetricky, bez šelestu, štítná žláza nehmatná, náplň krčních žil nezvýšena

Hrudník-dýchání čisté, sklípkové, symetrické, akce srdeční pravidelná, bez šelestu, zaveden centrální žilní katetr cestou v. subclavia sin.

Břicho-tuhé, pro bolestivost špatně prohmatné, palpačně bolestivé kolem pupku, periumbilikální hematom nemá, peristaltika slabá

Genitál-ženský, zaveden peramentní katetr, odvádí čirou moč, pochva bez výtoku

DK-bez otoku, levé koleno po operaci omezeně pohyblivé

Tab. č.1. Výsledky krevního obrazu pacientky při příjmu na ARO 8. 2. 2008

leukocyty	14,5	4,0-10,0x10 ⁹ /l
erytrocyty	4,16	4,30-6,00x10 ¹² /l
hemoglobin	11,3	13,5-17,6 g/dl
hematokrit	36,0	39,0-51,0 %
trombocyty	307	140-440x10 ⁹ /l

Tab. č. 2 Výsledky krevních plynů při příjmu na ARO 8. 2. 2008

pH	7,426	7,36-7,44
pCO ₂	6,94	4,80-5,90 kPa
pO ₂	11,3	9,90-14,40 kPa
HCO ₃	33,4	22,0-26,0 mmol/l
BE	7,9	-2,5-2,5 mmol/l

Tab. č. 3 Výsledky biochemie krve pacientky při příjmu na ARO 8. 2. 2008

		Fyziologické rozmezí
urea	4,92	2,60-8,30 mmol/l
kreatinin	56,6	53,0-115,0 mmol/l
Na	137,9	135-144 mmol/l
K	3,41	3,60-5,20 mmol/l
Cl	99	95-110 mmol/l
Ca	2,06	2,10-2,90 mmol/l
anorganické fosfáty	0,78	0,90-1,6 mmol/l
bilirubin	17	<18 µmol/l
ALT	0,70	<0,90 µkat/l
AST	0,49	<0,75 µkat/l
GMT	2,29	<1,30 µkat/l
ALP	2,30	<2,10 µkat/l
amyláza	<0,51	0,6-2,0 µkat/l
cholesterol	3,06	3,80-5,20 mmol/l
glukosa	9,85	3,50-5,60 mmol/l
CRP	303	0-10 mg/l
laktát	1,4	0,7-2,1 mmol/l

Pacientce byla zavedena arteriální kanyla pro invazivní měření TK a možnost včasné terapie hypertenze a vyšetření krevních plynů z arteriální krve. Opakovaně bylo třeba podávat antihypertenziva Ebrantil, Betaloc, Enap inj., která měla pouze krátkodobý efekt. Podle plánu bylo přivoláno gastroenterologické konsilium k zavedení enterální sondy. Výkon byl prováděn v analgosedaci Dormicem a Propofolem, pacientce byl podáván kyslík nosními brýlemi, NGS na spád, odvádí žaludeční obsah. Po zavedení endoskopu do jejunu, pacientka začala masivně zvracet žaludeční obsah do úst a došlo k desaturaci s nutností endotracheální intubace s bronchoalveolární laváží, při které byl aspirát z dýchacích cest odsát. Po intubaci a zahájení řízené ventilace byla zavedena enterální sonda. Po výkonu pacientka zůstává na ventilátoru v režimu objemově řízené ventilace (dále jen VCV) s parametry Vt 450 ml, Df 17/min., PEEP 8 cm, FiO2 55% a s nutností pacientku sedovat Fentanylem 2 ml/hod a Dormicem 2ml/hod. Bylo provedeno RTG vyšetření plic bez průkazu jasného ložiska aspirace a poloha enterální sondy byla též zkontrolována RTG vyšetřením břicha. Pro interferenci pacientky s ventilačním režimem byla sedace prohloubena, dávka Dormica na 5 ml/hod. a Fentanyl také 5 ml/hod., navíc byl opakovaně podán bolus Fentanylu 5 ml i.v. Do enterální sondy bylo zahájeno podávání Peptisorbu 30 ml/hod. Vzhledem k podávání opiátových analgetik i.v. (Fentanyl) bylo upuštěno od předchozího plánu zavést epidurální katetr k tlumení bolestí. Stav pacientky se nadále komplikoval vzestupem TT na 39°C a náhle vzniklou hypotenzí 90/50 torrů a poklesem diurézy. Pacientce byla znovu odebrána hemokultura a byly jí podávány infuze Ringerfundin 100ml/hod. a 500 ml Tetraspanu opakovaně. Poté došlo k úpravě TK na 120/70 torrů. Diuréza byla přes forsáž Furosemidem 40 mg/hod. minimální, 600 ml od příjmu do konce mé denní sluby v 19.00 hod.

3. 5 Farmakoterapie pacientky dne 8.2. 2008

Antibiotika:

Ciphin 400 mg i.v. á 12 hod. 16 04

Intravenózně:

Quamatel 20 mg i.v. á 12 hod. 16 04

Degan 10 mg i.v. á 8 hod. 12 20 04

Helicid 40 mg i.v. á 24 hod. 12

Furorese 20 mg i.v. á 6 hod. 12

ID Furosemid Forte 500 mg do 50 ml F1/1 (1ml=10 mg) kont. 4 ml/hod.

Enap 1,25 mg i.v. á 6 hod 12 18 24 06

Betaloc 5 mg i.v. titračně při hypertenzi

Ebrantil 25 mg i.v. titračně při hypertenzi

ID: Actrapid 50 UI do 50 ml F1/1 (1ml=1UI) kont. 2,5 ml/hod.

dle kontroly glykémie á 4 hod. 14 18 22 02 06

Sedace a analgezie: po endotracheální intubaci a zavedení UPV

ID: Fentanyl Torrex (0,05 mg/1 ml) kont. 5 ml/hod.

ID: Dormicum (1 mg/1 ml) kont. 5 ml/hod.

Subkutánně:

Clexane 0,4 ml s.c. á 12 hod. 20
(dostala v 8 hod. na JIP)

NGS: na spád

Anacid 1 sacc á 6 hod. 12 18 24 06

Výživa do enter. sondy:

Peptisorb 30 ml/hod.

(po kontrole uložení enterální sondy RTG)

Výživa i.v.:

A1) Nutriflex basal 70 ml/hod.

Infuze:

B1) Ringerfundin 1000 ml 100 ml/hod. opakovat

C1) Tetraspan 6% 500ml á 6 hod. 12 18 24 06

C2) Albumin Human 20% 100 ml á 12 hod. 16 04

3. 6 Průběh další hospitalizace pacientky na ARO

V následujících dnech hospitalizace na ARO se u pacientky rozvíjí multiorgánové selhání (plíce, oběh, ledviny, GIT, pankreas), které velmi špatně reaguje na léčbu. Pacientka je v prolongovaném septickém šoku vyžadujícím vazomimetickou podporu oběhu a vzhledem k akutnímu selhání funkce ledvin je u pacientky prováděna kontinuální eliminační metoda (CVVH, později CVVHD Ci-Ca). Je nasazena cílená ATB terapie, opakovaně jsou prováděny CT kontroly s drenáží tekutinových kolekcí. Septický šok nadále progreduje a 11.3. 2008 dochází k terminálnímu zhroucení oběhu a exitu.

9. 2. 2008 – nasazena vazomimetická podpora Noradrenalinem, zavedena dialyzační kanyla a spuštěna CVVH, monitorace IAP (31 torr), monitorace hemodynamických parametrů LIDCO

12. 2. 2008 – progrese ARDS, nutnost agresivní ventilace (PRVC), SpO₂ pod 90 %, recruitment manévr s odezvou

14. 2. 2008 – punkční tracheostomie, IAP 12 torr, odpad z NGS 1600 ml s biliární příměsí

16. 2. 2008 – zlepšení ventilačních poměrů, režim PPS, vysazení vazomimetik

- 18. 2. 2008** – odpad z NGS 2200 ml, tonizace GIT Syntostigminem, CT břicha se závěrem nekrotizující pankreatitis s exsudací do okolí, vzhledem ke krvácivým projevům po zrušení invazí CVVHD Ci – Ca
- 22. 2. 2008** – CT břicha se závěrem těžká nekrotizující pankreatitis , reaktivní cholecystitis, žlučový strom průchodný, neprokázána abscesová ložiska
- 23. 2. 2008** – opět zhoršení stavu, septický šok, nasazena opět vazomimetika
- 24. 2. 2008** – ERCP s extrakcí konkrementu a vyjmutí stentu, nový není možno zavést, chirurgické konsilium se závěrem v případě zhoršení stavu nutnost operační revize
- 27. 2. 2008** – perkutánní punkce z epigastria pod UZ kontrolou s drenáží retrogastrické tekutinové kolekce a perkutánní cholecystostomie s cílem jistoty dekomprese žlučových cest (není nutné další zatěžující ERCP)
- 2. 3. 2008** – progrese oběhové nestability, TK 40/20 torrů na podpoře Noradrenalinem 110 ml/hod. (ředění 5 mg Noradrenalinu do 50 ml fyziologického roztoku), bradykardie 36/min., podán Adrenalin a Atropin, nasazen navíc Dobutamin 3 ml/hod. (ředění 250 mg Dobutaminu do 25 ml fyziologického roztoku), zhoršení oxygenačních funkcí FiO_2 80 %
- 10. 3. 2008** – kontrolní CT břicha bez nálezu abscesů, mírná regrese retrogastrické tekutinové kolekce, nadále vysoká vazomimetická podpora a CVHD Ci – Ca
- 11. 3. 2008** – terminální zhroucení oběhu, exitus letalis

Den příjmu pacientky na oddělení jsem si vybrala pro vypracování ošetřovatelského plánu, proto jsem zde dopodrobna vypsala jeho průběh.

4 Ošetrovatelská část

Pacientku B.D. jsem si vybrala pro vypracování své bakalářské práce, protože jsem byla u příjmu pacientky na naše oddělení a ještě mnohokrát po jejím příjmu jsem měla možnost se o ni starat ve svých směnách. Chtěla jsem poukázat na to, jak je i v dnešní době toto onemocnění závažné a jak vysoce specializovaná musí být ošetrovatelská péče o pacienty s touto diagnózou. Při vypracování ošetrovatelské části své práce jsem postupovala metodou ošetrovatelského procesu a k vypracování ošetrovatelské anamnézy jsem si vybrala koncepční model dle Hendersonové.

4. 1 Ošetrovatelský proces

Proces je série plánovaných činností či operací zaměřených na určitý výsledek.

„Termín **ošetrovatelský proces** byl zaveden v 50. letech 20. století a byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací. Ošetrovatelský proces vyžaduje naučit se systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech, rozpoznat problém (analýza dat), plánovat (kladení cílů, volba vhodných řešení), realizovat (uskutečnění cílů) a hodnotit (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby). Všechny tyto dovednosti, třebaže jsou jmenovány samostatně jako různé činnosti spolu úzce souvisí a vytváří neustálý koloběh myšlení a jednání. Tento proces tedy od sestry vyžaduje znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a důvěru ve vztahu k práci a schopnosti pro vedení kolektivu. K tomu přistupuje umění jednání s lidmi a získání technických dovedností. Kritickým momentem na všech stupních procesu je rozhodování, při němž musí sestra brát v úvahu, že:

- ✓ pacient je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností
- ✓ základní lidské potřeby musí být vždy plněny, a nejsou-li, vzniká problém, který vyžaduje pomoc od jiné osoby, dokud není nemocný schopen opět o sebe samostatně pečovat
- ✓ pacient má právo na kvalitní medicínskou a ošetrovatelskou péči, poskytovanou se zájmem, soucitem a zaměřenou na dobrou celkovou pohodu a prevenci nemocí
- ✓ důležitou součástí procesu je terapeutický vztah mezi sestrou a nemocným“

(2)

4. 2 Fáze ošetrovatelského procesu

„Ošetrovatelský proces probíhá v pěti na sebe navazujících a vzájemně se prolínajících fázích.

Fáze 1- zhodnocení nemocného

Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetřování, měla by být o nemocném dobře informována, a to nejen z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i z hlediska jeho předchozího vývoje včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví a nemoci. Proto je nezbytné, aby v první fázi ošetrovatelského procesu provedla sestra kvalitní zhodnocení pacienta s cílem získat co nejvíce potřebných informací.

V 1. fázi vychází sestra ze zvoleného teoretického modelu ošetrovatelství, který se stává podkladem pro jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu, zejména v oblasti zhodnocení nemocného.

Tak lze např. vycházet:

- ✓ z vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb člověka narušených nemocí nebo v průběhu onemocnění vzniklých (model Hendersonové)
- ✓ nebo ze schopnosti adaptace nemocného (model Royové)
- ✓ ze schopnosti nemocného být samostatným (model Oremové)
- ✓ či zajistit si určité aktivity denního života (model Rogersové a spol.)

Na základě zhodnocení pacienta pak sestra ve spolupráci s ním stanoví nejzávažnější poruchy potřeb, problémy ošetrovatelské péče, případně ošetrovatelskou diagnózu a plánuje jejich uspokojování prostřednictvím aktivní a iniciativně „nabízené“ ošetrovatelské péče. Nakonec efekt poskytnuté péče společně s nemocným (pokud to situace dovoluje) zhodnotí a koriguje další postup v ošetrování.

Hodnocení nemocného v první fázi ošetrovatelského procesu má dvě části:

- a) ošetrovatelskou anamnézu a
- b) zhodnocení současného stavu pacienta.

Nejdříve však sestra zjišťuje především informace, které ji pomohou jednak okamžitě zahájit potřebnou ošetrovatelskou péči, jednak jsou zcela zásadní pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a na ní postavené individualizované aktivní péči. Jsou to:

- ✓ identifikační údaje (jméno, věk), které jí umožní ihned navázat osobní kontakt s nemocným s tím, že ho vždy oslovuje jménem,
- ✓ současný zdravotní stav, který ovlivňuje naléhavost další ošetrovatelské péče. Pro podrobnější zhodnocení si sestra vymezí vhodnou pozdější dobu.
- ✓ anamnestické údaje z oblasti zdravotní, psychologické i sociální (ošetrovatelská anamnéza) zajišťující běžný způsob života pacienta.

Fáze 2- ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelská diagnóza je výsledkem zpracování informací o nemocném. Vztahuje se k pacientovým potřebám, problémům, které mohou být uspokojeny samostatnou ošetrovatelskou intervencí. V některých zemích se vyjadřuje ošetrovatelská diagnóza terminologií „porucha potřeby“, jinde užívají název „problém“. Stále častěji se setkáváme s taxonomií ošetrovatelských diagnóz, která sjednocuje názvosloví a dává možnost systematického třídění (NANDA systém). Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou buď nemocí narušeny nebo je porucha zdravotního stavu vyvolá. Označují se jako ošetrovatelské problémy.

Fáze 3-ošetrovatelský plán

Plánování znamená:

- ✓ určení priorit řešení problémů
- ✓ stanovení cílů péče
- ✓ určení, jakým způsobem cílů dosáhneme
- ✓ zápis ošetrovatelského plánu

Třetí fázi ošetrovatelského procesu lze rozdělit do dvou oblastí:

- a) nejprve je třeba si stanovit cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče
- b) potom sestra navrhne sesterské intervence (činnosti), kterými chce stanovených cílů dosáhnout – vypracuje individuální plán ošetrovatelské péče.

Fáze 4-realizace plánu

V průběhu této fáze plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem směřujícím vždy k zajištění prospěchu a relativní pohody nemocného. Současně získáváme o nemocném další poznatky, které umožňují

lépe specifikovat ošetrovatelskou diagnózu a modifikovat další ošetrovatelskou péči.

Fáze 5-zhodnocení efektu poskytované péče (plánu)

Zhodnocení účinnosti poskytnuté péče znamená:

- ✓ zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle
- ✓ změření úspěchu poskytnuté péče
- ✓ získání dalších informací o nemocném a plánování další péče, pokud cíle zatím úplně dosaženo nebylo
- ✓ analýzu jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu a jejich nezbytnou korekci“

(9)

Přínos individualizované ošetrovatelské péče

„a) pro nemocného:

je ordinovaná a řízená sestrou
je „šitá na míru“, odpovídá potřebám nemocného
je systematická, založená na ošetrovatelském procesu
vyvolává aktivitu nemocného a jeho rodiny
udržuje (zvyšuje) soběstačnost nemocného

b) pro sestru:

zvyšuje samostatnost práce sestry
zvyšuje kompetenci a odpovědnost

vyvolává pozitivní zpětnou vazbu
zlepšuje sebereflexi a seberealizaci v profesi“

(9)

Pro vypracování plánu ošetrovatelské péče u své pacientky jsem si vybrala koncepční model Hendersonové.

4. 3 Charakteristika modelu dle Virginie Hendersonové

4. 3. 1 Virginia Hendersonová (1897-1996)

„Virginia Avenel Hendersonová se narodila v r. 1897 v Kansas City (Missouri). Sestrou se stala na vojenské ošetrovatelské škole ve Washingtonu. V r. 1922 začala pracovat jako učitelka ošetrovatelství na protestantské ošetrovatelské škole při nemocnici v Norfolku (USA, stát Virginia). Na Teachers College of Columbia university získala nejprve titul bakalářky (B.S.-1932), později magistry (M.A.-1934) ošetrovatelství. Prakticky po celý život působila na kolumbijské universitě jako docentka ošetrovatelství (až do odchodu do důchodu). I potom zůstala v kontaktu s ošetrovatelským výzkumem a pracovala jako docentka na univerzitě v Yale.

Hendersonová rozpracovala knihu B. Hammersové „Učebnice principů a praxe v ošetrovatelství“ („Textbook of the Principles and Practise of Nursing“), která vyšla v r. 1939 a v r. 1955. V ní publikovala svou známou definici ošetrovatelství, již zcela posunula roli sestry v moderní péči o nemocného i zdravého člověka. Zdůraznila spolupráci a aktivitu jednotlivce v rozvoji vlastní soběstačnosti a úlohu sestry, která má člověka vést, edukovat, pomáhat mu, aby byl schopen a ochoten starat se o své zdraví a udržel se nezávislým na svém okolí. To byl zásadní posun od pasivního k aktivnímu ošetrovatelství.“

(8)

„Jedinečná funkce sestry spočívá v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo uzdravení (či k pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, který jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost.“

(8)

4. 3. 2 Konceptní model Hendersonové komplementární model

Ošetrovatelský cíl:

- ✓ nezávislost v uspokojování potřeb
- ✓ dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti

Klient/pacient:

- ✓ celistvá, nezávislá bytost (holistický přístup), má 14 základních potřeb
- ✓ všechny lidské bytosti mají stejné základní potřeby bez rozdílu rasy, kultury, pohlaví, věku, temperamentu, psychické a intelektuální kapacity
- ✓ metody uspokojování se liší individuálně nebo okolnostmi

Role sestry:

- ✓ udržovat či navracet nezávislost
- ✓ pomáhat v situaci, kdy si základní potřeby nemůže klient zajistit sám
- ✓ plnit terapeutický plán lékaře a spolupracovat s ostatními zdravotníky v zájmu uzdravení klienta

Obsah modelu:

Hlavním cílem ošetrovatelství je udržet člověka maximálně soběstačného, nezávislého, aby byl schopen hodnotně žít. V případě, že nemá potřebnou sílu, vůli a znalosti, pomáhá mu sestra ošetrovatelskou péčí.

Prvky základní ošetrovatelské péče-14 aktivit:

1. Normální dýchání
2. Adekvátní strava a pití
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování tělesné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Výběr vhodného oděvu – oblékání, svlékání
7. Udržování tělesné teploty v normě, adekvátní oblékání, přizpůsobení se prostředí
8. Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky
9. Vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránit zranění jiných
10. Komunikace s okolím, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů
11. Konání pobožnosti podle vlastní víry
12. Práce na něčem co je smysluplné a dává uspokojení z výsledků práce
13. Hry nebo účast v různých formách rekreace
14. Učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví

Výsledky ošetrovatelské činnosti

- ✓ zvýšená nezávislost v uspokojování klientových 14 základních potřebách
- ✓ klidná smrt

Myšlenky Hendersonové a její definice ošetřovatelství jsou aktuální dodnes. Její model lze použít k posouzení potřeb klienta jak v domácí, tak nemocniční péči.

(11)

4. 3. 3 Komponenty základní ošetřovatelské péče

- jsou odvozené ze čtrnácti základních potřeb jedince

1. Pomoc pacientovi normálně dýchat
2. Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin
3. Pomoc pacientovi při vyměšování
4. Pomoc pacientovi při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)
5. Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku
6. Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
7. Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)
8. Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a při ochraně pokožky
9. Pomoc pacientovi před nebezpečím z okolí (poraněním, infekcí, násilím)
10. Pomoc pacientovi při komunikaci, při sdělování jeho potřeb, vyjadřování pocitů, obav a emocí
11. Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry
12. Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti
13. Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
14. Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví)

(5)

4. 4 Osobní anamnéza pacientky

Iniciály: B.D.

Pohlaví: ženské

Rok narození: 1959

Bydliště: Mladá Boleslav

Vzdělání: základní

Zaměstnání: invalidní důchodce

Rodinné a sociální zázemí: žije s manželem v družstevním bytě, má dvě dospělé dcery, které žijí odděleně

Hospitalizace na ARO od: 8. 2. 2008 do: 11. 3. 2008

Diagnóza: těžká forma akutní pankreatitis

Důvod přijetí na ARO: počínající šokový stav při akutní pankreatitidě, počínající multiorgánové selhání

Zavedené invaze: centrální žilní katetr (CVK) cestou v.subcl. 1. sin. 3. den
nasogastrická sonda (NGS) 3. den

Léčebný plán: zavedení peramentního močového katetru (PMK),
zavedení arteriální kanyly k měření invazivního krevního tlaku, zavedení
epidurálního katetru pro tlumení bolestí, zavedení nasojejunální sondy pro
enterální výživu

4. 5 Ošetrovatelská anamnéza dle Hendersonové

Ošetrovatelská anamnéza byla vytvořena v den příjmu pacientky na ARO 8. 2. 2008 v 10.20 hod. Informace k vytvoření anamnézy jsem získala z rozhovoru s pacientkou do jejího uvedení do analgosedace, z dokumentace a z vlastního pozorování. Vzhledem k závažnosti zdravotního stavu pacientky, pozdějšímu farmakologickému ovlivnění jejího vědomí a špatné spolupráci s rodinou nebylo možné zjistit zvyklosti z domácího prostředí.

4. 5. 1 Pomoc pacientce normálně dýchat

V době příjmu z chirurgické JIP na naše oddělení pacientka spontánně ventilovala bez inhalace kyslíku, stěžovala si na dušnost a měla hodnotu SpO_2 93%. Po uložení na lůžko do Fowlerovy polohy, byl pacientce podán zvlhčený kyslík obličejovou maskou přes zvlhčovač Elton s nastavenou FiO_2 40%. Hodnoty SpO_2 na monitoru se po inhalaci kyslíku zlepšily na 96-98%. Pacientku mírně obtěžovala vlhkost masky a obličej, udávala ale zlepšení dušnosti. Asi po hodině, kdy již byly hodnoty SpO_2 na monitoru stabilní, jsme se s pacientkou dohodly na občasném odložení masky a otření obličej žínkou s vlažnou vodou a ručníkem do sucha.

Později při zavádění nasojejunální sondy v lehké analgosedaci došlo přes derivaci žaludečního obsahu nasogastrickou sondou k masivnímu zvracení a následné aspiraci žaludečního obsahu do plic s nutností endotracheální intubace a bronchoalveolární laváže fyziologickým roztokem s odsáváním. Poté byla pacientka napojena na ventilátor v režimu VCV, V_t 450 ml, Df 17/min., PEEP 8 cm, FiO_2 55%. Od této chvíle byla pacientka kontinuálně sedována Fentanylem a Dormicem a udržována v umělém spánku, aby byla co nejvíce sladěna s ventilačním režimem.

Pacientku jsem dle potřeby odsávala z dýchacích cest uzavřeným systémem odsávání Trach Care. Odsávala jsem bílý sekret. Do ventilačního okruhu jsem vřadila na ordinaci lékaře HME s posilovačem zvlhčování BOOSTER, aby sekret v dýchacích cestách nezasychal a bylo možné ho odstraňovat pravidelným odsáváním.

Na konci mé směny byla pacientka sedována Fentanylem v dávce 5 ml/hod. a Dormicem v dávce 5 ml/hod., byla sladěna s ventilačním režimem a hodnotami SpO₂ 97-99%.

4. 5. 2 Pomoc pacientce při příjmu potravy a tekutin

Vzhledem ke své diagnóze nesměla pacientka nic jíst ani přijímat tekutiny per os. Měla zavedenou nasogastrickou sondu, která navíc derivovala žaludeční obsah, aby nedocházelo k dalšímu dráždění pankreatu tímto obsahem. Odvedený žaludeční obsah jsem sledovala (množství, vzhled, příměsi) a zjištěné množství jsem zapisovala do dokumentace a připočítávala k výdeji tekutin.

Pacientka neměla pocit hladu. Podle jejích slov „neměla na jídlo ani pomyšlení“. Udávala pocit žízně, který se po podávání kyslíku maskou ještě znásobil. Pacientce jsem opakovaně vysvětlovala, proč nemůže dostat napít a nabízela jsem náhradní řešení v podobě vytírání dutiny ústní ochucenými boraxglycerinovými štětičkami a vyplachováním vodou. Pacientka na toto reagovala podrážděně a negativisticky.

Pacientka se na naše oddělení dostala ve fázi rozvíjejícího se septického šoku, kdy dochází k masívní ztrátě tekutin do extravazálního prostoru. Tuto ztrátu tekutin je třeba zjistit a adekvátně na ni reagovat, proto byl pacientce monitorován krevní tlak invazivně, tepová frekvence, centrální žilní tlak (hodnota po příjmu 16 cm H₂O, dále měřen kontinuálně s hodnotami 21-23 torrů) a počítán příjem a výdej tekutin po 6 hodinách. Zjištěné ztráty byly hrazeny náhradními infúzními roztoky (krystaloidy-Ringerfundin, koloidy-Tetraspan) do zavedeného centrálního žilního katetru (dále jen CVK).

Pacientce byla parenterálně podávána i potřebná výživa přípravky pro parenterální výživu (Nutriflex basal) a podle aktuálních biochemických vyšetření jejího séra jí byly hrazeny ztráty minerálů a tekutin.

V plánu bylo zavedení nasojejunální sondy k zahájení enterální výživy. Po jejím zavedení a RTG ověření uložení sondy byla zahájena enterální výživa Peptisorbem 30 ml/hod.

4. 5. 3 Pomoc pacientce při vyměšování

Pacientce byl ihned po příjmu zaveden permanentní močový katetr (dále jen PMK) pro sledování hodinové diurézy, která je důležitým ukazatelem stavu pacienta v iniciálním stadiu septického šoku. Pacientka již byla ve fázi oligurie.

Břicho měla tuhé, vzedmuté, peristaltiku slabou, obtížně slyšitelnou, plyny jí neodcházely. Na stolici byla naposledy před 6 dny, v den vzniku obtíží.

V této fázi rozvoje onemocnění se pacientka zvýšeně potila a byla neklidná. Zvýšeným pocením u ní docházelo k dalším ztrátám tekutin. Po intubaci bylo teprve možno jí provést řádnou toaletu dýchacích cest, kdy jsem po bronchoalveolární laváži odsávala hojně bělavého sputa.

4. 5. 4 Pomoc pacientce při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)

Pacientka byla při příjmu dušná, pociťovala dyskomfort, bolesti břicha. Byla negativisticky naladěná, dožadovala se propuštění domů. Při akutní pankreatitidě dochází u pacientů k dráždění centrální nervové soustavy nahromaděnými toxickými látkami z nekrotických buněk pankreatu a to se u nich projevuje nevolí, změněnou kvalitou vědomí až agresivitou. Někdy je velmi obtížné takového pacienta udržet v lůžku a zabránit jeho poranění.

Pacientku jsme uložili na lůžko do Fowlerovy polohy k usnadnění dýchání. Lůžko jsem zajistila zvednutými postranicemi a zvednutím lůžka v nohách jsem se snažila zabránit nežádoucímu sjíždění pacientky po matraci. Pacientka byla neklidná a bylo nutné několikrát její polohu upravit.

Po zajištění dýchacích cest a napojení k ventilátoru byla pacientka vlivem hluboké analgosedace zcela závislá v udržování polohy na ošetrovatelském personálu. Nadále jsme pacientku udržovali ve Fowlerově poloze s horní polovinou těla v úhlu 40° k podložce, klouby končetin ve fyziologickém postavení, horní končetiny podložené ve zvýšené poloze tak, aby nedocházelo k otokům ruky a předloktí, plosky jsme udržovali pomocí molitanového polštáře ve fyziologickém postavení, aby nedocházelo k přepadávání špiček a následnému ztuhnutí.

Lůžko bylo vybaveno aktivní antidekubitární matrací a později, bylo-li to možné vzhledem k jejímu aktuálnímu stavu, jsme ji pravidelně polohovali po 4 hod. (10–14 – 18 – 22 – 02 - 6) v pořadí levý bok – záda – pravý bok.

Celkovou hygienickou péči a úpravu ložního prádla jsme u pacientky vykonávali 1x denně (v případě potřeby ráno a večer) otáčením na boky a dále dle aktuální potřeby pacientky při zvýšeném pocení, znečištění atd.

U pacientky jsme zhodnotili riziko vzniku dekubitu dle Nortonové (viz. tabulka v příloze č.3) s výsledkem 12 bodů, což znamená vysoké riziko vzniku dekubitu.

4. 5. 5 Pomoc pacientce při spánku a odpočinku

Po zajištění dýchacích cest a napojení k ventilátoru byla pacientka uvedena do hluboké analgosedace. V tomto případě má sestra za úkol hodnotit hloubku sedace, pozorovat pacientovy reakce na oslovení, na bolestivý podnět, zda je pacient dostatečně sladěn s nastaveným ventilačním režimem. Hloubku sedace hodnotíme dle Ramsey hodnocení (viz. tabulka v příloze č.4). Pacientka zpočátku jevila známky neklidu a nedostatečného sladění s ventilačním režimem, později byla sedována na úroveň Ramsey 5 – 6.

V nočních hodinách je vhodné, aby se personál choval ohleduplně, udržoval noční klid, pokud to provoz oddělení dovolí, zajistil tlumené osvětlení. I pacienti v analgosedaci totiž vnímají tyto rušivé momenty, a proto je úkolem sestry jim zajistit v období nočního klidu tlumené osvětlení a klidné prostředí.

4. 5. 6 Pomoc pacientce při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Pacientka byla na našem oddělení vzhledem k nutnosti monitorace životních funkcí, zavedení invazivních vstupů, jejich pravidelné kontrole a ošetřování po celou dobu hospitalizace bez oděvu. K zakrývání těla pacienta používáme ložní prádlo. Velikost prádla volíme dle velikosti pacienta a jeho tělesné teploty. Na našem oddělení je boxový systém péče, pro zajištění pacientova soukromí při ošetřování využíváme žaluzie mezi jednotlivými boxy a v případě nutnosti je možné ještě využít přenosných textilních zástěn.

4. 5. 7 Pomoc pacientce při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)

Již při příjmu byla pacientka febrilní, měla 38°C a zvýšeně se potila. Později se její teplota ještě zvýšila nad 39°C s rozvojem těžkého septického stavu, který trval po celou dobu její hospitalizace.

Tělesnou teplotu jsme monitorovali pomocí močového katetru s termočidlem. Horečku jsem řešila po domluvě s lékařem fyzikálním chlazením studenými zábaly těla a končetin a podáváním chladných infuzních roztoků. Dle další ordinace lékaře jsem odebrala pacientce krev na hemokulturu a domluvili jsme se o farmakologickém ovlivnění febrilie nad 39,5°C.

O fyzikálním chlazení a medikaci antipyretik na našem oddělení rozhoduje ošetřující lékař dle pacientova stavu (jeho diagnóza, stav vědomí, přidružená onemocnění).

4. 5. 8 Pomoc pacientce při udržování tělesné čistoty, upravenosti a při ochraně pokožky

U pacientky jsme prováděli denně celkovou koupel na lůžku s výměnou ložního prádla a úpravou lůžka. Pacientka byla po vyhodnocení soběstačnosti Barthelovým testem základních všedních činností (viz příloha č.2) s výsledkem 0 bodů vysoce závislá na ošetrovatelském personálu v uspokojování základních potřeb. Součástí ošetrovatelské péče na našem oddělení je samozřejmě i péče o dutinu ústní, vlasy, nehty, kterou provádíme dle potřeby pacienta.

Celkovou koupel pacienta na lůžku provádíme na našem oddělení ráno po nástupu denní služby a v případě potřeby ještě jednou večer. Celkovou koupel začínáme vždy od hlavy. Nejdříve ze všeho pacienta důkladně odsajeme z dýchacích cest a z dutiny ústní, je-li to třeba, odsajeme ho šetrně i z nosu. Zhodnotíme, zda není potřeba pacientovi umýt vlasy. Vlasy pacientům umýváme na našem oddělení dle potřeby, znečištění nebo při zvýšeném pocení třeba denně. Nejméně však jednou týdně (dle záznamu v dokumentaci). Pak postupujeme dále, provádíme péči o oči. Oči pacientům vykapáváme borovou vodou, v případě analgosedace nebo bezvědomí oči ještě navíc vymazáváme Ophtalmo – Azulenem, aby nedošlo k vysychání rohovky. Dále šetrně vytíráme štětičkou nosní dírky, při sekreci z nosu hodnotíme vzhled sekretu a dle ordinace lékaře podáváme nosní kapky (Sanorin). Zuby čistíme zubním kartáčkem a pastou, jazyk a dásně boraxglycerinovými štětičkami. Nakonec dutinu ústní vyplachujeme Stopanginem nebo 1% peroxidem vodíku. V případě povlaků v dutině ústní ošetřujeme jazyk a dásně genciánovou violetí. Velmi důležitou součástí hygienické péče o hlavu je péče o NGS a ETK. Odlepíme fixační náplasti, kůži pod náplastmi a NGS a ETK očistíme šetrně benzínem, zkontrolujeme polohu a případné otlaky a zase bezpečně zalepíme. Dáváme pozor na dislokaci! Obličej a tělo potom umýváme vodou a mýdlem. Hygienické pomůcky pacientovi přináší rodina. V případě nutnosti jsou k dispozici na oddělení. Dáváme přednost tekutému mýdlu s hydratační složkou, abychom pacientovi zbytečně pokožku nevysušovali. Mýdlo

důkladně oplachujeme a pokožku pacienta důkladně vysoušíme ručníkem. Součástí celkové koupele je masáž zad francovkovým mazáním a ošetření těla hydratačním tělovým mlékem nebo slunečnicovým olejem dle stavu pokožky pacienta. V případě opruzenin používáme k ošetření Menalind krém nebo dětskou mast připravenou v lékárně. Výměnu ložního prádla provádíme otáčením pacienta na boky. Dbáme na to, aby bylo ložní prádlo pod pacientem řádně vypnuté a srovnané. V případě, že otáčení na boky stav pacienta nebo jeho diagnóza (kraniocerebrální poranění, polytrauma) nedovoluje, pacienta šetrně zvedáme pomocí speciální desky za účasti většího počtu personálu.

4. 5. 9 Pomoc pacientce před nebezpečím z okolí (poraněním, infekcí, násilím)

Při příjmu byla pacientka neklidná, negativisticky laděná, neuvědomovala si závažnost svého onemocnění a důležitost opakovaně prováděných vyšetření a monitorace životních funkcí. Bylo nutné zajistit její lůžko postranicemi, aby nedošlo k případnému pádu nebo poranění pacientky. Na našem oddělení je vždy pacient pokládán za vysoce rizikového z hlediska pádu, protože jsou naši pacienti většinou neklidní, se změněným vědomím, podávají se jim léky ovlivňující kvalitu vědomí (sedace) nebo mají monitoraci a invaze, které omezují jejich pohyb.

Pacientka měla vzhledem ke své nemoci výrazné bolesti břicha, které ustupovaly pouze po podání silných analgetik a v klidu. Pacientka, když byla ještě při vědomí hodnotila tuto bolest na vizuální analogové škále (viz příloha č.1) jako bolest velké intenzity, kdy se nedokázala na nic jiného soustředit, měla tachykardii, zvýšil se jí TK, bylo jí do pláče. V době příjmu pacientky na ARO byla bezprostředně po podání analgetik a bolest nepociťovala. V plánu bylo pacientce zavést epidurální katetr k tlumení bolesti. Vzhledem ke komplikacím musela být uvedena do analgosedace a bolest jsem hodnotila ze sledování vegetativních projevů např. tachykardie, zvýšení TK, svalový třes apod.

Vzhledem k zavedeným invazivním vstupům (CVK, arteriální kanyla, PMK) dlouhodobě užívaných k léčbě, vyšetřování a monitoraci byla pacientka také ohrožena vznikem infekce. Zavedené invazivní vstupy nejevily známky infekce.

4. 5. 10 Pomoc pacientce při komunikaci, při sdělování jejích potřeb, vyjadřování pocitů, obav a emocí

Již bezprostředně po příjmu byla komunikace s pacientkou velmi obtížná vzhledem k závažnému zdravotnímu stavu, jejímu neklidu, emocionálnímu ladění, nebyla schopna si uvědomit závažnost svého stavu. K takovému pacientovi je třeba přistupovat klidně, vlídně a trpělivostí mu vše, co po něm žádáme vysvětlit. Po zajištění dýchacích cest byla pacientka uvedena do hluboké analgosedace, ve které byla udržována po celou dobu hospitalizace. S pacienty v bezvědomí je nutné také komunikovat, i když se nám nedostává zpětné vazby. Pacient na naše slova může někdy reagovat např. mrknutím oka, pohybem ruky atd. Pacientovi v bezvědomí musíme vždy jasně říci, co se s ním bude dít, co s ním hodláme dělat. Před tím, než na něj promluvíme, je dobré na svou přítomnost u jeho lůžka upozornit např. iniciačním dotekem na rameno.

4. 5. 11 Pomoc pacientce při vyznávání její víry

Pacientky jsem se v jejím závažném zdravotním stavu na náboženské vyznání neptala. Tato potřeba ustoupila v jejím stavu do pozadí. Zajištění základních životních funkcí ve velmi vážném stavu pacientky bylo před otázkou vyznání upřednostněno.

4. 5. 12 Pomoc pacientce při práci a produktivní činnosti

Po dobu celé hospitalizace na našem oddělení byla pacientka v analgosedaci, proto nebylo tuto potřebu nadále řešit.

4. 5. 13 Pomoc pacientce při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Vzhledem k velmi vážnému stavu pacientky a tomu , že byla dlouhodobě v hluboké analgosedaci, byla tato potřeba potlačena. Nicméně je na našem oddělení kladen důraz na dodržování nočního klidu a ohleduplného chování personálu v nočních hodinách.

4. 5. 14 Pomoc pacientce při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti

Na edukaci pacientky např. o dietních opatřeních a změně životního stylu nebyl v době, kdy byla ještě při vědomí, čas. Tato potřeba byla překryta potřebou zajištění základních životních funkcí a později byla pacientka udržována v hluboké analgosedaci po celou dobu hospitalizace až do své smrti.

4. 6 Ošetrovatelské diagnózy stanovené u pacientky 1. den hospitalizace na ARO

Aktuální:

- 1.) Porucha dýchání z důvodu neschopnosti udržet průchozí dýchací cesty v souvislosti se základním onemocněním
- 2.) Deficit tělesných tekutin z důvodu základního onemocnění
- 3.) Bolest akutní z důvodu zánětlivého procesu pankreatu
- 4.) Porucha močení z důvodu nedostatečné renální perfuze v souvislosti s deficitem tělesných tekutin
- 5.) Porucha výživy z důvodu zánětlivého procesu pankreatu v souvislosti s odčerpáváním žaludečního obsahu s nutností parenterální a enterální výživy
- 6.) Deficit soběstačnosti z důvodu analgosedace projevující se ve všech oblastech sebeděče
- 7.) Zvýšení tělesné teploty z důvodu rozvoje septického šoku
- 8.) Zvýšené pocení z důvodu zvýšené teploty

Potencionální

- 9.) Riziko pádu z lůžka z důvodu základního onemocnění (akutní pankreatitidy)
- 10.) Riziko vzniku katetrové sepse z důvodu zavedených invazivních vstupů (centrálního žilního katetru a arteriálního katetru)
- 11.) Riziko vzniku infekce dýchacích cest z důvodu endotracheální intubace a umělé plicní ventilace
- 12.) Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katetru
- 13.) Riziko vzniku dekubitů z důvodu imobility a dlouhodobého septického stavu
- 14.) Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu dlouhodobé imobility

4. 6. 1 Porucha dýchání z důvodu neschopnosti udržet průchozí dýchací cesty v souvislosti se základním onemocněním

Krátkodobé cíle:

Pacientka bude mít účinné dýchání

Hodnota její SpO₂ neklesne pod 96 %

Plán ošetrovatelské péče:

- Připravit pomůcky k endotracheální intubaci a ventilátor
- Asistovat lékaři při zajištění dýchacích cest a napojení pacientky na ventilátor
- Podávat ordinované léky k zajištění dostatečné analgosedace
- Provést laváž dýchacích cest fyziologickým roztokem (dále F1/1)
- Provést vibrační masáž hrudníku k uvolnění sekretu z dýchacích cest
- Důkladně odsávat sekret z dýchacích cest
- Vřadit do dýchacího okruhu HME s posilovačem zvlhčování Booster
- Monitorovat ventilační parametry (dechovou frekvenci, dechový objem, minutový dechový objem, inspirační tlak), stupeň sedace pacientky a hodnotu SpO₂ na monitoru
- U pacientky budu provádět kontrolní odběry krevních plynů (ASTRUP)
- Změny stavu neprodleně hlásit lékaři

Realizace ošetrovatelského plánu:

Již při příjmu pacientky vzhledem k její dušnosti jsem k jejímu lůžku nachystala ventilátor a připravila si pomůcky k zajištění dýchacích cest (endotracheální intubaci). To znamená 2x funkční svítící laryngoskop, endotracheální kanyly (dále jen ETK) vhodné velikosti (u žen 7-7,5), zavaděč, Mesocain gel, injekční

stříkačka k naplnění obturační manžety vzduchem, náplast k zajištění polohy ETK přilepením k tváři, Magilovy kleště, ambuvak s rezervoárem O₂ a fonendoskop ke kontrole správnosti zavedení ETK.

Při endoskopickém zavádění enterální sondy v analgosedaci došlo u pacientky přes veškerá opatření (derivace žaludečního obsahu NGS, podávání Deganu) ke zvracení a následné aspiraci žaludečního obsahu do dýchacích cest. Pacientka byla ihned odsáta z dutiny ústní a následovala endotracheální intubace kanylou č. 7,5. Pacientce jsem podala k intubaci na ordinaci lékaře Propofol 160 mg i.v. a byla relaxována Succinylcholinjodidem 100mg i.v. Při intubaci jsem asistovala lékaři, pacientku jsme odsáli z dýchacích cest a napojili jsme ji na ventilátor v režimu VCV. Poté jsem provedla laváž dýchacích cest F1/1 a důkladně odsála, prováděla vibrační masáže hrudníku a opět odsávala již bílý sekret bez příměsí a nasadila ordinovanou pokračující analgosedaci injekčním dávkovačem Fentanylu 2 ml/hod. a Dormicum 2 ml/hod. Na ordinaci lékaře byl proveden RTG srdce a plic. Do ventilačního okruhu jsem na přání lékaře vřadila k HME ještě posilovač zvlhčení Booster k dostatečnému zvlhčování vdechované směsi a k snadnějšímu odsávání. Pacientku jsem dále odsávala uzavřeným systémem Trach Care dle potřeby zhruba tak jednou za 2 hodiny.

Kontinuálně jsem pacientku sledovala a do dokumentace zaznamenávala základní životní funkce (TF, TK, DF, SpO₂), sledovala jsem i ventilační parametry nastavené na ventilátoru (dechovou frekvenci, dechový objem, minutový dechový objem, inspirační tlak) a stupeň sedace pacientky dle Ramsey hodnocení (viz. tabulka v příloze č. 4). Pacientka nebyla ze začátku dostatečně sladěna s ventilačním režimem, což se projevovalo kašlem a motorickým neklidem, o čemž jsem informovala lékaře a na jeho ordinaci opakovaně podávala bolus Fentanylu 5 ml i.v. a zvýšila rychlost podávaného Fentanylu a Dormica na 5 ml/hod.

U pacientky jsem prováděla kontrolní odběry krevních plynů (ASTRUP) z arteriální krve, vyšetření prováděla na analyzátoru na oddělení a výsledky jsem orientačně zhodnotila a hlásila lékaři. Po intubaci jsme do konce mé směny u pacientky vyšetřovali krevní plyny dvakrát. Bezprostředně po intubaci: pH 7,394;

pCO₂ 7,48 kPa; pO₂ 10,83 kPa a po 2 hodinách: pH 7,426; pCO₂ 6,94 kPa; pO₂ 11,03 kPa. U pacientky došlo k postupnému snížení hyperkapnie.

Hodnocení:

Cíle mého plánu byly splněny. Po zajištění dýchacích cest byla provedena důkladná toaleta dýchacích cest a RTG plic nebylo prokázáno jasné ložisko aspirace. Na konci mé směny byla pacientka při kontinuální analgosedaci Fentanyl a Dormicem rychlostí 5 ml/hod. sladěna s ventilačním režimem a hodnoty SpO₂ na monitoru dosahovaly 97 až 99%.

4. 6. 2 Deficit tělesných tekutin z důvodu základního onemocnění

Krátkodobý cíl:

U pacientky budou včas zaznamenány známky nedostatečné tkáňové perfuze
Pacientka nejeví známky dehydratace

Plán ošetrovatelské péče:

- Připojit pacientku k monitoru a sledovat její TF, TK, MAP, SpO₂
- Připravit sterilní stolek, nástroje a pomůcky ke kanylaci arteria radialis k invazivnímu měření TK
- Asistovat lékaři při kanylaci arteria radialis a připojit set s měřícím převodníkem k monitoru a zkalibrovat
- Přiložit na kanylu sterilní krycí folii a udržovat ji v suchu a čistotě
- Sledovat a zaznamenávat do dokumentace oběhové parametry pacientky
- Sledovat pečlivě příjem a výdej tekutin a hodnoty centrálního žilního tlaku (CVT)

- Připravit pomůcky a zavést pacientce permanentní močový katetr s termočidlem
- Sledovat a zaznamenávat hodinovou diurézu
- Sledovat prokrvení akrálních částí těla pacientky
- Změny stavu neprodleně hlásit lékaři

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacientku jsem ihned při příjmu napojila na monitor a začala sledovat a zaznamenávat do dokumentace hodnoty TF, TK, MAP, DF, SpO₂. Po provedení základních příjmových odběrů a vyšetření jsem připravila sterilní stolek ke kanylaci a. radialis a všechny potřebné pomůcky jako je arteriální kanyla, set s převodníkem, přetlakovou manžetu s proplachem (F1/1 500 ml s 500 UI Heparinu), potřebné kabely ke spojení monitoru se setem. Asistovala jsem lékaři při kanylaci a. radialis a připojila jsem set s převodníkem k monitoru a zkalibrovala ho. Arteriální kanylu jsem ošetřila dle zvyklostí oddělení sterilní krycí folií. Zpočátku měla pacientka patrně vlivem hyperkinetické cirkulace hypertenzi 214/110 torrů, MAP 114 torrů a TF 96/min. Zjištěné hodnoty jsem hlásila lékaři a poté podávala dle jeho ordinací podávala antihypertenziva i.v. Betaloc, Ebrantil, Enap s krátkodobým efektem.

Pacientku jsem sterilně zacévkovala permanentním močovým katetrem (dále jen PMK) s termočidlem ke sledování hodinové diurézy, která by neměla klesat pod 50 ml/hod. Pokles diurézy je známkou nedostatečné perfúze ledvin a musí se na tuto skutečnost adekvátně zareagovat. Začala jsem i tuto hodnotu sledovat a zaznamenávat do dokumentace. Výhodou PMK s termočidlem je monitorace tělesné teploty z močového měchýře zvláště, když pacient příliš nespolupracuje a jím naměřená hodnota v axile není spolehlivá.

Dalším důležitým ukazatelem nedostatečné náplně cévního řečiště je pokles CVT. Ten byl pacientce změřen při příjmu (16 cm H₂O) a pak byl pomocí setu s převodníkem kontinuálně monitorován (hodnoty kolem 21-23 torrů). Neméně důležité je sledování příjmu a výdeje tekutin, které na našem oddělení standardně

provádíme po 6 hodinách (v 18 hod. měla pacientka příjem 2600 ml a výdej 900 ml).

Po intubaci a zahájení UPV měla pacientka hypotenzi 90/50 torrů s poklesem MAP pod 75 torrů, což je perfúzní tlak ledvin, a která byla provázena poklesem diurézy a vzestupem TT na 39°C. Zjištěné hodnoty jsem nahlásila lékaři a na jeho ordinaci jsem podávala infuze Tetraspanu 500 ml opakovaně a Ringerfundin 100 ml/hod. a poté musel být nasazen Furosemid Forte kontinuálně injekčním dávkovačem rychlostí 40 mg/hod. Po objemové náhradě došlo k úpravě tenze na 120/70 torrů a vzestupem MAP nad 75 torrů. Diuréza na podpoře Furosemidem byla minimální 600ml od příjmu do konce mé směny v 19.00 hod.

U pacientky jsem také sledovala vzhled a prokrvení okrajových částí těla. Akra měla chladná bez cyanózy.

Hodnocení:

Cíle byly splněny. Pacientka byla kontinuálně sledována, byla včas odhalena nedostatečná perfúze ledvin projevující se poklesem diurézy.

4. 6. 3 Bolest akutní z důvodu zánětlivého procesu pankreatu

Krátkodobý cíl:

Pacientka po uvedení do analgosedace nebude projevovat známky bolesti a neklidu

Plán ošetrovatelské péče:

- Podávat analgetika a sedativa dle ordinace lékaře (Fentanyl a Dormicum) a sledovat jejich účinky

- Sledovat fyziologické funkce pacientky na monitoru (TF, TK, dechovou frekvenci) a sladění pacientky s ventilačním režimem
- Sledovat u pacientky hloubku sedace dle Ramsey hodnocení (v příloze č.4)
- Nežádoucí projevy bolesti hlásit lékaři
- Dle ordinace lékaře upravit dávkování podávané analgosedace

Realizace ošetrovatelského plánu:

Po intubaci jsem pacientce k navození analgosedace na ordinaci lékaře začala podávat Fentanyl a Dormicum injekčním dávkovačem rychlostí 2 ml/hod. Sledovala jsem fyziologické funkce pacientky na monitoru zejména pak TF, TK a dechovou frekvenci, která by měla být u pacienta na umělé plicní ventilaci shodná s nastavením dechové frekvence na ventilátoru. Pacientka zpočátku nebyla dostatečně sladěna s ventilátorem, což se projevovalo motorickým neklidem, kašlem a tachykardií. Hloubka sedace dle Ramsey odpovídala i stupni 1, kdy bylo s pacientkou možno navázat kontakt, ale byla úzkostná a neklidná. Hrozila extubace. Zjištěné skutečnosti jsem hlásila lékaři, který ordinoval bolusové podání Fentanylu 5 ml i. v. a zvýšení rychlosti obou dávkovačů na 5 ml/hod. Poté došlo u pacientky ke zklidnění, hloubka analgosedace odpovídala stupni 5 – 6 a TF pacientky se ustálila kolem 90/min. U pacientky jsem už nepozorovala neklid a vegetativní projevy bolesti jako např. tachykardii, zvýšení TK nebo svalový třes.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka po zvýšení dávek analgosedace již nevykazovala známky bolesti a neklidu a byla dostatečně sladěna s ventilačním režimem.

4. 6. 4 Porucha močení z důvodu nedostatečné renální perfuze v souvislosti s deficitem tělesných tekutin

Krátkodobé cíle:

U pacientky bude včas rozpoznána nedostatečná perfúze ledvin
Hodinová diuréza pacientky se nesníží pod 50 ml/hod

Plán ošetrovatelské péče:

- Napojit pacientku na monitor a sledovat kontinuálně její oběhové parametry TK, TF, SpO₂ a zejména MAP
- Po zavedení permanentního katetru sledovat hodinovou diurézu
- Zjištěné hodnoty zapisovat do dokumentace
- Hodnoty MAP pod 75 torrů a hodinovou diurézu pod 50 ml/hod. hlásit lékaři
- Podávat medikaci dle ordinace lékaře

Realizace ošetrovatelského plánu:

Po napojení pacientky na monitor jsem začala sledovat její oběhové parametry včetně MAP, což je velmi důležitá hodnota. MAP nad 75 torrů je totiž perfúzní tlak ledvin, a když hodnota MAP klesne pod tuto hranici, přestávají ledviny vlivem nedostatečné perfúze plnit svoji filtrační funkci.

Po intubaci a zahájení UPV došlo u pacientky k poklesu TK na 90/50 torrů s poklesem MAP pod 75 torrů a ke stagnaci diurézy. Zjištěné hodnoty jsem nahlásila lékaři a podala dle jeho ordinace opakovaně 500 ml Tetraspanu a nasadila infuzi Ringerfundinu 100 ml/hod. Po podání infuzí se TK stabilizoval na 120/70 torrů s MAP okolo 80 torrů. Nicméně diuréza nadále stagnovala a proto byl nasazen na ordinaci lékaře Furosemid Forte inženýrným dávkovačem rychlostí

40 mg/hod. Po nasazení diuretika se diuréza sice obnovila, ale zůstala minimální pod 50 ml/hod. Do konce mé směny v 19.00 hod. pacientka vymočila pouze 600 ml.

Hodnocení:

Cíle byly splněny jen zčásti. Pacientka byla kontinuálně sledována a došlo tedy k včasnému zjištění nízkého MAP a poklesu diurézy s možností včas na tyto změny léčebně zareagovat, ale přes veškeré naše snahy se nepodařilo udržet diurézu pacientky nad 50 ml/hod.

4. 6. 5 Porucha výživy z důvodu zánětlivého procesu pankreatu v souvislosti s odčerpáváním žaludečního obsahu s nutností parenterální a enterální výživy

Krátkodobý cíl:

Pacientce zajistím dostatečný přívod tekutin a energetický příjem

Plán ošetrovatelské péče:

- Pacientku budu informovat o přísném zákazu příjmu stravy a tekutin
- Pacientce vysvětlím důvod tohoto léčebného opatření
- Zavedenou NGS připojím na odvodný sáček a budu sledovat odváděný obsah, jeho množství, vzhled, případné příměsi
- Odvedený obsah budu započítávat do výdeje tekutin
- Výsledek výpočtu příjmu a výdeje tekutin nahlásím lékaři
- Budu pacientce podávat parenterální výživu do centrálního žilního katetru dle ordinace lékaře
- Po zavedení nasojejunální sondy a RTG kontrole její polohy zahájím dle ordinace lékaře enterální výživu

Realizace plánu ošetrovatelské péče:

Ihned po příjmu pacientky na naše oddělení jsem pacientce po její žádosti o vodu vysvětlila nutnost dodržovat přísný zákaz příjmu tekutin a stravy a snažila jsem se jí vysvětlit i důvod, proč je důležité tento zákaz důsledně dodržovat a že by si dalším drážděním slinivky k sekreci pitím nebo jídlem ještě přitížila. Pacientka mi dávala najevo souhlasným přikyvováním hlavou, že sdělovanému obsahu rozumí, ale za chvíli se znovu ptala, jestli by nemohla dostat aspoň trochu napít, protože má sucho v krku. Nabídla jsem vytírání dutiny ústní boraxglycerinovými štětičkami, ale to odmítla.

NGS zavedenou již na chirurgické JIP jsem napojila na nový odvodný sáček a nechala na spád. Sledovala jsem množství odvedeného žaludečního obsahu vzhledu atonické tekutiny bez příměsí. Po dobu mé směny NGS odvedla 300 ml, které jsem započítala do výdeje tekutin v 18 hodin. Pacientka měla příjem tekutin 2600 ml a výdej tekutin 900 ml.

Podle ordinace lékaře jsem začala pacientce podávat Nutriflex basal rychlostí 70 ml/hod. do CVK. Tekutiny jsme pacientce hradili infuzními roztoky Ringerfundin a Tetraspan podle výpočtu příjmu a výdeje tekutin a monitorace CVT.

Po endoskopickém zavedení nasojejunální sondy a ověření její polohy RTG jsem po ordinaci lékaře začala podávat Peptisorb rychlostí 30 ml/hod.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Pacientce byla podávána parenterální a enterální výživa dle ordinace lékaře. Tekutiny byly hrazeny infuzními roztoky.

4. 6. 6 Deficit soběstačnosti z důvodu analgosedace projevující se ve všech oblastech sebekpěče

Dlouhodobý cíl:

Pacientka má uspokojeny své potřeby v oblasti hygieny, vyměšování, oblékání a zachovávání polohy na lůžku

Plán ošetrovatelské péče:

- Pacientce budeme provádět celkovou koupel na lůžku ráno po nástupu denní služby, v případě potřeby ještě jednou večer nebo během dne
- Pacientce budeme provádět hygienu dutiny ústní ráno a večer
- Pacientce budeme mýt vlasy podle potřeby, nejméně však jednou týdně dle zápisu v dokumentaci
- Pacientce budeme pravidelně stříhat nehty
- Budeme pacientce promazávat pokožku hydratačním mlékem nebo slunečnicovým olejem
- Budeme ošetřovat všechny případné změny na kůži a zaznamenávat je do dokumentace
- Budeme pacientce udržovat lůžko v suchu a čistotě, měnit ložní prádlo vždy při ranní celkové koupeli a potom dle potřeby a znečištění během dne
- Budeme pacientku přikrývat ložním prádlem dle její tělesné teploty, při fyzikálním chlazení pacientky, budeme důsledně dbát na zakrytí intimních částí těla
- Po vyměšování pacientku řádně očistíme od nečistot speciální čistící pěnou Menalind, podle potřeby provedeme dočištění namáhané pokožky vodou a mýdlem a poté ji ošetříme Menalind krémem nebo dětskou masťou připravenou v lékárně
- Pacientku uložíme v lůžku do Fowlerovy polohy, použijeme polohovací pomůcky k docílení fyziologické polohy kloubů horních a dolních končetin
- Dle stavu pacientky ji budeme polohovat na boky

Realizace ošetrovatelského plánu:

Ráno jsme pacientce prováděli celkovou hygienickou péči na lůžku. Obličej jsme jí umývali vlažnou vodou bez mýdla, prováděli jsme péči o oči vykapáváním borovou vodou a použitím masti Ophtalmo Azulenu. Pokračovali jsme péčí o dutinu ústní, zuby a dásně jsme čistili opatrně zubním kartáčkem a pastou, jazyk štětíčkami s boraxglycerinem, nakonec jsme dutinu ústní vypláchli Stopanginem nebo 1% peroxidem vodíku, v případě vytvoření povlaku jsme použili genciánovou violet'. Opatrně jsme přelepili fixační náplasti NGS a ETK tak, aby se invaze nedislokovaly. V případě potřeby jsme kůži pod náplastmi očistili od zbytků náplasti benzínem. Tělo jsme umývali vlažnou vodou a mýdlem, mýdlo jsme pečlivě oplachovali, kůži vysoušeli ručníkem a ošetřovali hydratačním tělovým mlékem. Kůži zad jsme promazávali francovkovým mazáním. Lůžko jsme převlékli do čistého ložního prádla a dbali na to, aby bylo pod pacientkou dostatečně vypnuté. Vlasy a nehty jsme ošetřovali dle potřeby. Zvýšeně namáhanou pokožku např. v kožních záhybech nebo po znečištění stolicí jsme ošetřovali Menalind krémem nebo dětskou mastí. Kožní změny jsme ošetřili a do dokumentace zaznamenali charakter změny a způsob ošetření. Pacientku jsme v lůžku uložili do Fowlerovy polohy a dbali na to, aby klouby končetin byly ve fyziologické poloze. Při zlepšení stavu jsme pacientku polohovali na boky v intervalu po 4 hodinách. Pacientku, která byla na našem oddělení bez oděvu, jsme zakrývali ložním prádlem, dbali na tepelnou pohodu pacientky a i při fyzikálním chlazení důsledně dbali na zakrytí intimních oblastí těla.

Hodnocení:

Pacientka měla uspokojeny potřeby v oblasti hygieny, vyměšování, oblékání a zachovávání polohy na lůžku.

4. 6. 7 Zvýšení tělesné teploty z důvodu rozvoje septického šoku

Krátkodobý cíl:

Tělesná teplota (dále jen TT) pacientky nepřesáhne 39°C

Plán ošetrovatelské péče:

- Pacientce zavedu PMK s termočidlem
- Napojím termočidlo z PMK na monitor
- U pacientky budu kontinuálně sledovat TT na monitoru
- Zjištěné hodnoty budu zapisovat do dokumentace
- Změny budu hlásit lékaři
- Pacientku budu fyzikálně chladit
- Dle ordinace lékaře budu podávat medikaci a provádět ordinované odběry

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacientce jsem sterilně zavedla PMK s termočidlem, které jsem pomocí příslušného kabelu spojila s monitorem a začala sledovat a zapisovat po hodině do dokumentace. Počáteční naměřené hodnoty byly kolem 38°C. Po intubaci a zahájení UPV následoval vzestup TT na 39°C. O naměřené hodnotě jsem informovala lékaře, který naordinoval odběry hemokultury z CVK a z periferní žíly a fyzikální chlazení pacientky. Provedla jsem ordinované odběry a začala pacientku chladit přikládáním chladných zábalů na tělo a končetiny. Na konci mé směny v 19.00 hod. měla pacientka 39, 2°C. Na podání antipyretik jsme se s lékařem dohodli, kdyby přesáhla hodnotu 39,5°C.

Hodnocení:

Cíl mého plánu nebyl splněn. Pacientka přesáhla hodnotu TT 39°C.

4. 6. 8 Zvýšené pocení z důvodu zvýšené teploty**Krátkodobé cíle:**

Pacientka bude ležet v suchém ložním prádle

Na její pokožce nebudou známky poškození ve smyslu zapaření nebo opruzenin

Plán ošetrovatelské péče:

- U pacientky budeme provádět celkovou hygienickou péči ráno a večer
- Budeme kontrolovat stav pokožky vystavené dráždění potem
- Budeme ošetřovat zapaření a opruzeniny v případě jejich vzniku
- Pacientce bude vyměňováno ložní prádlo dle potřeby
- Při počítání příjmu a výdeje tekutin se bude zohledňovat i zvýšený výdej tekutin pocením

Realizace ošetrovatelského plánu:

U pacientky, která byla již od příjmu febrilní a zvýšeně se potila po celém těle i v obličeji, jsem večer provedla celkovou hygienickou péči chladnější vodou a převlékla lůžko do čistého a suchého ložního prádla. To mělo přispět k celkovému osvěžení a zchlazení pacientky. Místa pokožky vystavená zvýšenému dráždění potem a ohrožená vznikem zapáčky nebo opruzeniny jako jsou např. kožní řasy a místa pod prsy jsem pečlivě vymyla a preventivně ošetřila Menalind krémem, který by namáhanou pokožku měl dostatečně ochránit. Pacientka se bezprostředně

po hygieně zase zpotila. Během dne jsem pacientce několikrát omyla obličej žínkou, aby jí pot nezatékal do očí.

Pacientce jsem v 18 hod. spočítala příjem a výdej tekutin a lékařka nahlásila výsledek zároveň s upozorněním na výrazné pocení, které se sice nedá vyjádřit konkrétním číslem, ale můžeme počítat s tím, že ještě více prohlubuje deficit tekutin.

Hodnocení:

Cíle byly splněny pouze částečně. Pacientka byla při předávání směny opět zpocená a ložní prádlo měla vlhké, ale na její pokožce nebyly během večerní hygieny zaznamenány změny.

4. 6. 9 Riziko pádu z lůžka z důvodu základního onemocnění (akutní pankreatitidy)

Krátkodobý cíl:

Pacientka bude ve svém lůžku v bezpečí, nedojde k pádu z lůžka

Plán ošetrovatelské péče:

- Pacientka bude po celou dobu mé směny kontinuálně sledována ve smyslu stavu vědomí (zmatenost)
- Pacientka bude mít zvednuté postranice v bocích lůžka
- Pacientka bude po celou dobu mé směny pod dohledem druhé osoby
- Pacientce bude pomáháno udržovat žádoucí polohu v lůžku

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacientka byla od příjmu na naše oddělení neklidná, negativistická, dožadovala se propuštění domů. Byla dušná a proto byla uložena do Fowlerovy polohy. Tuto polohu nebyla ale sama schopna udržet a musela jsem ji s pomocí dalšího ošetrovatelského personálu několikrát rovnat v lůžku. Kvůli neklidu pacientky bylo nutné zajistit její lůžko postranicemi, abychom ji uchránili pádu z lůžka. S pacientkou jsem byla neustále na jejím boxe a mohla jsem tak kontrolovat její žádoucí polohu v lůžku. Když jsem si potřebovala dojít pro pomůcky nebo léky, požádala jsem ošetrovatelku nebo jinou sestru o dohled nad pacientkou. Pacientka byla poté zaintubována a kontinuálně tlumena, takže její neklid ustoupil a nebezpečí pádu částečně pominulo.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Po dobu mé směny do 19.00 hod. byla pacientka v bezpečí a k pádu nebo jinému zranění nedošlo.

4. 6. 10 Riziko vzniku katetrové sepse z důvodu zavedených invazivních vstupů (centrálního žilního katetru a arteriálního katetru)

Krátkodobý cíl:

U pacientky nedojde k projevům infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů

Plán ošetrovateľskej péče:

- U pacientky budeme provádět pravidelnou kontrolu a ošetření invazivních vstupů
- Poznatky o invazích zjištěné při jejich kontrole a ošetřování budeme pečlivě zaznamenávat do dokumentace
- Toto ošetření budeme provádět za přísných aseptických opatření
- Při používání invazivních vstupů budeme dodržovat hygienická pravidla našeho oddělení např. pravidelnou výměnu setů a spojovacích hadiček atd.
- Budeme asistovat lékaři při výměně invazivních vstupů u pacientky

Realizace plánu ošetrovateľskej péče:

Pravidelně každý den po ranní hygieně provádíme kontrolu a ošetření zavedených invazivních vstupů (CVK, dialyzační kanyla, arteriální katetr, hrudní drén atd.). Na ošetření těchto vstupů si připravíme sterilní stolek s potřebným převazovým materiálem jako jsou sterilní tampony, čtverce, štětíčky. Dále na tento stolek připravujeme sterilní rukavice, roušky, pinzetu a k přelepení ošetřených invazivních vstupů sterilní průhledné folie např. IV 3000. Před ošetřováním si nasadíme ústenku a čepici, invazivní vstupy zbavíme starých folií a na potřebný počet tamponů si nalejeme peroxid vodíku a na čtverce dezinfekční roztok Skinsept, abychom se po oblečení sterilních rukavic již nekontaminovali. Potom pomocí pinzety a tamponů s peroxidem čistíme místo inzerce od případných zbytků krve apod. Po tomto očištění následuje dezinfekce čtverci se Skinseptem a po jeho zaschnutí přelepení sterilní průhlednou folií, aby se dalo místo vpichu průběžně kontrolovat. Zjištěné skutečnosti po převazu zapisujeme do dokumentace.

Stejným způsobem převazujeme např. i operační nebo jiné rány.

K invazivním vstupům přistupujeme na našem oddělení podle jistých hygienických pravidel jako je pravidelná výměna infuzních setů, kohoutů a spojovacích hadiček, zakrývání všech volných vstupů sterilními uzávěry. Je-li

např. CVK používán k odběrům, provádíme odběr sterilně pomocí uzavřeného odběrového systému a po odběru použité lumen řádně propláchneme, aby v něm nezůstávaly krevní stopy. Manipulace s infuzními sety a spojovacími hadičkami je přípustná pouze po důkladné hygieně rukou a v rukavicích.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Ač byla pacientka v septickém stavu, nebyla potvrzena katetrová sepsa nálezem v hemokulturách, které jí byly odebírány.

4. 6. 11 Riziko vzniku infekce dýchacích cest z důvodu endotracheální intubace a umělé plicní ventilace

Dlouhodobý cíl:

U pacientky nedojde k rozvoji infekce dýchacích cest z důvodu endotracheální intubace a umělé plicní ventilace (dále jen UPV)

Plán ošetrovatelské péče:

- U pacientky budeme používat uzavřený systém odsávání a ventilační okruh budeme co nejméně rozpojovat
- U pacientky budeme pravidelně kontrolovat těsnost obturační kanyly ETK a později tracheostomické kanyly, aby nedocházelo k zatékání obsahu dutiny ústní do dýchacích cest
- Pacientku budeme pravidelně odsávat z dýchacích cest a dutiny ústní
- Budeme používat sterilní ventilační okruhy na jedno použití a pravidelně je vyměňovat
- Budeme vdechovanou směs dostatečně zvlhčovat, aby sekret v dýchacích cestách nezasychal a my jej mohli efektivně odstraňovat
- Budeme zabránovat kondenzaci vody ve ventilačním okruhu
- U pacientky budeme pravidelně odebírat sputum na kultivační vyšetření

Realizace plánu ošetrovatelské péče:

U pacientky jsme od její intubace používali uzavřený systém odsávání Trach Care, který jsme po 48 hodinách pravidelně vyměňovali a minimálně jej rozpojovali. Pacientku jsme pravidelně odsávali z dýchacích cest a dutiny ústní, aby nedocházelo k zatékání sekretu z dutiny ústní do dýchacích cest a hromadění sputa v dýchacích cestách, což vede obvykle k pomnožení patogenních mikroorganismů a vzniku infekce. Pacientku jsme také polohovali do polosedu, abychom zabránili regurgitaci žaludečního obsahu do ústní dutiny. Ke zvlhčování vdechované směsi jsme užívali výměník tepla (Heat and Moisture Exchanger, dále jen HME) s posilovačem zvlhčování BOOSTER. Toto zvlhčování bylo účinné, sputum pacientky nebylo husté a šlo lehce odsávat. Na našem oddělení také využíváme jednorázových sterilních ventilačních okruhů, čímž jsme vyloučili možnost ulpívání patogenních mikroorganismů na resterilizovaném materiálu. U pacientky jsme pravidelně odebírali vzorky sputa na kultivační vyšetření.

Hodnocení:

Cíl nebyl splněn. Přes veškerá opatření a ošetrovatelskou péči došlo u pacientky k rozvoji bronchopneumonie.

4. 6. 12 Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katetru**Dlouhodobý cíl:**

U pacientky nedojde ke vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katetru (dále jen PMK)

Plán ošetrovateľskej péče:

- Pri zavádzení PMK postupujeme prísne sterilne
- Po zavedení napojíme katetr na sterilný uzavrený sběrný systém moče
- Budeme brániť kontamináciu sběrného systému správnym zacházením s ním
- Budeme pravidelne odberať vzorky moče na kultivační vyšetření

Realizace ošetrovateľského plánu:

Pri prijímu bol pacientke zaveden prísne sterilne PMK s termočidlem a napojen na sterilný uzavrený systém moče, ktorý vyměňujeme pravidelne jednou za 7 dní. Ke sběrnému systému se chováme tak, aby chom ho nekontaminovali. PMK se systémom nerozpojujeme, odběry provádíme po důkladné předchozí dezinfekci ze speciálního portu, sběrný sáček nezvedáme nad úroveň močového měchýře, aby chom zabránili zpětnému toku odvedené moče, ve které již mohou být pomnožené mikroorganismy. V případě potřeby transportu pacienta zaštipneme odvodnou hadici peánem. Odebíráme pravidelne vzorky moče ke kultivaci.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. U pacientky nedošlo ke vzniku močové infekce.

4. 7 Dlouhodobý plán péče

Vzhledem k tomu, že se pacientka nacházela ve velmi těžkém stavu, byla kontinuálně sedována, její krevní oběh bylo nutno podporovat podáváním Noradrenalinu a později i Dobutaminu, byla anurická s nutností kontinuální eliminační metody, kdy se nedalo pacientku polohovat, a vzhledem k dalším faktorům jako je obezita, nerovnováha vnitřního prostředí, inkontinence, zvýšené pocení aj., byla pacientka vysoce ohrožena vznikem dekubitu a také tromboembolické nemoci. Vlivem všech těchto jmenovaných skutečností byla pacientka velmi silně závislá na ošetrovatelském personálu ve všech oblastech sebek péče. Pacientka byla vyhodnocena Barthelovým testem všedních činností se ziskem 0 bodů. (viz příloha č. 2)

Před vytvořením dekubitu u pacienta v takto velmi závažném stavu se snažíme uchránit především pečlivou hygienickou péčí, používáním antidekubitárních pomůcek a polohováním. Cílem této péče je udržovat pacientovu pokožku stále čistou, celistvou a hydratovanou. Používáním antidekubitárních pomůcek a polohováním se snažíme eliminovat tlak podložky působící na predilekční místa vzniku dekubitu jako jsou hlava, lopatky, lokty, křížová kost a paty při poloze pacienta na zádech. Při poloze pacienta na boku jsou také predilekčními místy ušní boltce a lopaty kostí kyčelních.

Imobilní pacient je také ohrožen vznikem tromboembolické nemoci. Tomuto se snažíme předejít polohováním dolních končetin do zvýšené polohy, elastickými bandážemi, což podporuje odtok krve ze žil dolních končetin a brání tím vzniku trombů. Také podle ordinace lékaře podáváme antikoagulanty nejčastěji nízkomolekulární hepariny jako např. Fraxiparine nebo Clexane.

Dlouhodobé cíle:

U pacientky nedojde po dobu hospitalizace k vytvoření dekubitu

U pacientky nedojde po celou dobu hospitalizace k projevům tromboembolické nemoci

Pacientka bude po zlepšení svého celkového stavu rehabilitovat a provádět nácvik sebedpěče ve všech oblastech

Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče:

- ✓ Pacientce budeme denně ráno provádět celkovou hygienickou péči na lůžku
- ✓ Pacientce budeme denně vyměňovat ložní prádlo, budeme ho udržovat v čistém, suchém, pod pacientkou vypnuté
- ✓ V případě pocení, znečištění pacientky stolicí budeme pečlivě ošetřovat pokožku pacientky speciálními přípravky, abychom zabránili podráždění nebo maceraci
- ✓ Budeme sledovat predilekční místa vzniku dekubitů
- ✓ Budeme používat antidekubitární pomůcky na lokty, paty
- ✓ Pacientku uložíme na lůžko s antidekubitární matrací
- ✓ Dle aktuálního stavu budeme pacientku polohovat
- ✓ Budeme pacientce vyvazovat dolní končetiny elastickými bandážemi a polohovat je do zvýšené polohy
- ✓ Dle ordinace lékaře budeme podávat Clexane k profylaxi tromboembolické nemoci
- ✓ Po zlepšení celkového stavu pacientky s ní budeme aktivně rehabilitovat
- ✓ Budeme s pacientkou provádět nácvik sebedpěče ve všech oblastech (hygiena, příjem stravy a tekutin, vyprazdňování, změna polohy atd.)

Realizace dlouhodobého plánu ošetrovatelské péče:

Pacientce jsme prováděli každé ráno celkovou hygienickou péči na lůžku. Používali jsme hygienické přípravky přinesené rodinou, na které byla pacientka zvyklá z domova (přesný postup je popsán v ošetrovatelské anamnéze). Dbali jsme zejména o to, aby její pokožka vzhledem k vysokému riziku vzniku dekubitu byla důkladně opláchnuta od mýdla, do sucha otřena ručníkem a ošetřena hydratačním tělovým mlékem. Pacientka byla obézní (BMI 44,4) a trpěla častým

pocením, a proto bylo třeba řádně ošetřit veškeré kožní záhyby a řasy na těle. Všechny kožní záhyby jsme pečlivě vymývali a vysoušeli a ošetřovali je dle stavu pokožky Menalind krémem nebo slunečnicovým olejem. Zada pacientky jsme pravidelně masírovali francovkovým mazáním. Oblasti kříže, kde je kůže nejtenčí, se tímto francovkovým mazáním vyhýbáme, protože by ji nadměrně vysušilo. Pro tuto oblast používáme slunečnicový olej.

Pacientka měla lůžko vybavené antidekubitární matrací a navíc jsme jí paty a lokty opatřili antidekubitárními botičkami a područkami. Také jsme dbali, aby pacientka neležela na kabelech od monitoru, hadicích odvodných sáčků atd.

Pacientce jsme denně vyvazovali dolní končetiny elastickými bandážemi směrem od špiček přes patu až ke koleni a potom jsme je polohovali do zvýšené polohy, abychom podpořili odtok krve ze žilního systému. Podle ordinace lékaře jsme podávali Clexane.

Pacientka byla velice nestabilní, takže se ji nedalo každý den polohovat. Když to stav pacientky umožňoval, polohovali jsme ji po 4 hodinách.

Bohužel pro nepříznivý vývoj pacientčina zdravotního stavu nedošlo k nácviku sebeděče, protože nadále přetrvávala nutnost analgosedace a podpory orgánových funkcí (vazomimetická podpora krevního oběhu, UPV, CVVH). Proto jsme prováděli aspoň pasivní cvičení k udržení hybnosti končetin v kloubech.

Hodnocení:

Cíl byl splněn zčásti. U pacientky nedošlo k projevům tromboembolické nemoci. Bohužel se jí vzhledem k závažnosti jejího stavu vytvořil dekubit na sakru charakteru strženého puchýře (stupeň IIb), na který jsme aplikovali obvaz Inadine a sterilně ho kryli. Hojení defektu bylo velice pozvolné a k úplnému zhojení do její smrti nedošlo. Nedošlo ani na nácvik sebeděče, protože se stav pacientky vyvíjel nepříznivě a až do její smrti dne 11. 3. 2008 bylo nutné ji udržovat v hluboké analgosedaci a podporovat funkci životně důležitých orgánových systémů (krevní oběh, dýchání, ledviny).

4. 8 Psychologické zhodnocení pacientky

4. 8. 1 Prožívání nemoci

Při příjmu na naše oddělení byla pacientka ve velmi špatném zdravotním stavu, byla dušná, měla bolesti břicha, stěžovala si na únavu, protože se už několik dní pořádně nevyspala. Na vyšetřování reagovala podrážděně, nechápala dostatečně důvod opakovaného vyšetřování. Až do jejího uvedení do analgosedace byla neklidná, dožadovala se propuštění do domácího ošetřování.

4. 8. 2 Postoj k nemoci

Pacientka byla negativistická, nechápala určitá léčebná opatření jako např. přísný zákaz přijímání tekutin per os. Dožadovala se co chvíli pití a nechtěla přistoupit na skutečnost, že dostat napít prostě nemůže a že by se její stav tímto zhoršil. Náhradní alternativy odmítala, aniž by zkusila, zda jí nepřinesou úlevu.

Myslím si, že ani nechtěla pochopit závažnost svého onemocnění. Spolupráce s rodinou pacientky byla také velmi silně ovlivněna tím, že si rodinní příslušníci nechtěli připustit, že onemocnění, kterým jejich příbuzná onemocněla, je velmi těžké a může skončit i fatálně. Na tuto skutečnost byli samozřejmě upozorněni lékařem již na začátku hospitalizace pacientky na našem oddělení. A protože se její stav vyvíjel velmi nepříznivě, tak se lékaři snažili je připravit na ztrátu rodinné příslušnice. Všichni příbuzní i vzhledem k poměrně nízkému věku pacientky prožívali velmi intenzivně žal, což ještě víc komplikovalo komunikaci s nimi.

4. 8. 3 Reakce na pobyt v nemocnici

Pacientčina reakce na pobyt v nemocnici byla negativní. Dožadovala se i přes to, že jí bylo velmi zle, propuštění domů. Věřila, že by se jí doma rychleji ulevilo, lépe spalo atd. Také trpěla odloučením od svých blízkých.

4. 8. 4 Zhodnocení komunikace a zvládnutí komunikace s pacientkou

Komunikace s pacientkou po příjmu byla obtížná vzhledem k postoji pacientky k onemocnění a k léčebným a ošetřovatelským intervencím. Ještě více komunikaci komplikovalo postupně se rozvíjející změněné vědomí ve smyslu negativistického ladění, nespolupráce, neklidu až agresivity nebo lítostivosti při nevyhovění žádosti pacientky o sundání kyslíkové masky nebo pití. S pacientkou jsem se snažila jednat s co největší vlností, klidně a i několikrát po sobě jsem jí trpělivě vysvětlovala léčebná opatření a nutnost její spolupráce při její léčbě. Vždy se potom na chvíli uklidnila.

Po uvedení do analgosedace byla již moje komunikace s pacientkou jednostranná. I tak jsem se jí snažila vždy vysvětlit, co s ní budu dělat a proč.

4. 8. 5 Obranné mechanismy

Domnívám se, že u pacientky došlo k užívání psychického obranného mechanismu vytěsnění, kdy se jedná o aktivní zapomínání obsahů, které jsou pro nás z nějakého důvodu nepřijatelné. Pacientka dostala několikrát informaci o závažnosti svého stavu a nutnosti léčby, ale v zápětí ji odmítla a přesunula do oblasti nevědomí.

4. 8. 6 Motivace k léčbě

Jak již jsem se zmínila, pacientka se dožadovala propuštění domů. Zejména jí vadilo, že nemůže být se svou vnučkou, která je po zápalu mozkových blan v útlém dětství a o kterou se stará, když jsou její rodiče v zaměstnání. Bylo jí několikrát vysvětleno, že v takovém stavu ve kterém právě je, domů jít nemůže, protože by se jí ještě přitížilo. S vysvětlením, že se jí snažíme pomoci, aby se uzdravila a mohla jít domů, souhlasila. Její největší motivací k léčbě bylo propuštění domů a její vnučka.

4. 9 Edukace pacienta

Dnes je v medicíně stále větší důraz kladen na zapojení pacienta do své léčby. Na nás tedy často zbývá ten úkol nemocného něčemu naučit o jeho nemoci, o tom, jak se má chovat ke svému zdraví, jaká opatření dodržovat. To ale znamená především to, že my musíme ovládat to, co chceme naučit. Uměním je i tuto dovednost a znalost umět předat.

Základními pravidly edukace jsou:

- ✓ Názornost – není nad příklad, prezentaci činnosti
- ✓ Opakování – „je matkou moudrosti“
- ✓ Trpělivost – netrpělivostí nic neuspíšíme
- ✓ Podpurné chování – pochvalou zmůžeme více než stálým upozorňováním na chyby
- ✓ Závěrečné shrnutí – ověření, zda pacient vše pochopil

Nezbytnou součástí edukace je práce s motivací pacienta nebo jeho rodiny. Nikdo totiž nebývá nadšen ze změn, když se týkají např. toho, že bude držet dietu. Emocionální stránka chování pak převažuje nad tou racionální. V těchto případech může pacientovi pomoci naše schopnost empatické podpory.

(13)

V případě onemocnění akutní pankreatitidou je třeba si uvědomit, že je to velmi závažné životohrožující onemocnění, při kterém je od samého počátku potřeba plné nutriční podpory. Vzhledem k tomu, že je potřeba se od počátku onemocnění vyhnout dalšímu dráždění pankreatu k sekreci, je třeba vyloučit úplně perorální příjem stravy a tekutin. Toto období vyžaduje plnou parenterální výživu, dnes včetně tukových emulzí, která kryje dostatečně potřebu energie i bílkovin.

Pankreatická dieta podávaná u akutní pankreatitidy má 4 stadia:

- V 1. stadiu se nepodává nic per os, je nasazena kompletní parenterální výživa (trvá asi 3 dny)

- Ve 2. stadiu se podávají potraviny jako např. odvary z mrkve, ovesných vloček, rýže, bramborová vodová kaše nebo mrkvové pyré a čaj (trvá asi 9 až 12 dní)
- Ve 3. stadiu se podávají jemné těstoviny, banán, piškoty, ovocné šťávy, kořenová zelenina, netučný tvaroh a kuřecí nebo telecí mleté maso
- Ve 4. stadiu přecházíme obvykle k dietě č. 4 s omezením tuků (obvykle 3 týdny po hladovce)

Alkohol je třeba vynechat trvale a dále se vyhýbáme stimulancím žaludeční sekrece jako je silný čaj a káva.

(3)

V přílohách je jídelníček používaný pro pacienty s akutní pankreatitidou v naší nemocnici a tabulka pro výběr potravin diety č. 4.

Pacientku bohužel nebylo možno vzhledem k závažnosti jejího stavu a pozdějšímu farmakologickému ovlivnění vědomí plně edukovat o změně diety a návyků. Snažila jsem se edukovat rodinné příslušníky, kteří ale nebyli schopni díky svému prožívání onemocnění pacientky informace přijímat.

5 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat intenzivní ošetrovatelskou péči o pacienta s nejtěžší formou akutní pankreatitidy na ARO. Toto onemocnění bývá v mnoha případech smrtelné a vyžaduje proto intenzivní terapii a vysoce specializovanou intenzivní ošetrovatelskou péči o pacienta, který je ohrožen různými komplikacemi vyplývajících ze základní diagnózy a postihujícími různé orgánové systémy. To je i případ mé pacientky, která na našem oddělení byla 33 dní a jejíž stav se komplikoval selháním dýchání, oběhu, ledvin a GIT. Její zdravotní stav byl již od příjmu velmi kritický vzhledem k závažnosti základního onemocnění ale i polymorbiditě pacientky.

Pacientka musela být krátce po příjmu intubována, sedována a uměle ventilována, později se přidružilo selhání oběhu s nutností vazomimetické podpory a selhání ledvin s nutností kontinuální eliminační metody. Nadále trvalo selhání GIT, které se projevovalo atonií žaludku a střevní parézou. U pacientky nastaly i infekční komplikace vycházející z plic, žlučníku a pankreatu. Byla nasazena cílená ATB terapie. Pacientka byla v prolongovaném septickém stavu a velmi špatně reagovala na léčbu. Opakovaně byla prováděna CT vyšetření s drenáží tekutinových kolekcí, ERCP, perkutánní cholecystostomie s dekompresí žlučových cest. Přes veškeré terapeutické zásahy a intenzivní podporu orgánových systémů dochází k progresi oběhové nestability a terminálnímu selhání oběhu 11.3. 2008.

I když dnes zmůže intenzivní medicína to, co bylo před několika málo lety nepředstavitelné a pomůže více pacientům se závažnými diagnózami, bohužel nezmůže vše. To byl i případ mé pacientky.

Seznam použité literatury:

1. Archalousová, A. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové Nukleus 2003, 104 str., ISBN 80-86225-33-X
2. Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha Grada Publishing 2001, 565 str., ISBN 80-247-0242-8
3. Kapounová, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha Grada Publishing 2007, 368 str., ISBN 978-80-247-1830-9
4. Kostka, R. Akutní pankreatitida. Galén 2006, 233 str., ISBN 80-7262-427-X
5. Pavlíková, S. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha Grada Publishing 2006, 152 str., ISBN 80-247-1211-3
6. Petrovický, P. a spol.. Systematická, topografická a klinická anatomie. Dylevský, I. Zažívací ústrojí IV. Vydavatelství Karolinum 1995, 138 str., ISBN 80-7184-108-0, ISBN 80-7184-112-9
7. Rokyta, R. Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech. ISV nakladatelství Praha 2000, 359 str., ISBN 80-85866-45-5
8. Staňková, M. České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností. IDV PZ Brno 2001, 86 str., ISBN 80-7013-329-5
9. Staňková, M. České ošetrovatelství 4: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. NCO NZO Brno 2005, 49 str., ISBN 80-7013-282-5

10. Svačina, Š. Klinická dietologie. Praha, Grada Publishing 2008, 384 str., ISBN 978-80-247-2256-6
11. Ševčík, P., Černý V., Vítovec J. et al. Intenzivní medicína. Druhé, rozšířené vydání. Galén 2003, 422 str., ISBN 80-7262-203-X
12. Trachtová, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno IDV PZ 1999, 186 str., ISBN 80-7013-285-X
13. Venglářová, M., Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha Grada Publishing 2006, 144str., ISBN 80-247-1262-8
14. Zazula, R. et al. Ročenka intenzivní medicíny 2003. Galén 2003, ISBN 80-7262-227-7

Přílohy

Příloha č. 1 Vizuální analogová škála (12)

Příloha č. 2 Barthelův test všedních činností ADL (12)

Příloha č. 3 Rozšířená stupnice podle Nortonové (12)

Příloha č. 4 Určení hloubky sedace podle Ramseye (3)

Příloha č. 5 Pankreatické diety – jídelníčky používané pro pacienty Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

Příloha č. 6 Tabulka Výběr potravin pro dietu č. 4 (10)

Příloha č. 7 Farmakoterapie – podávané léky (příbalové informace léků)

Příloha č. 8 Souhlas s použitím Sdružené dokumentace pacienta ARO, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s.

Příloha č. 9 Sdružená dokumentace pacienta ARO, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s.

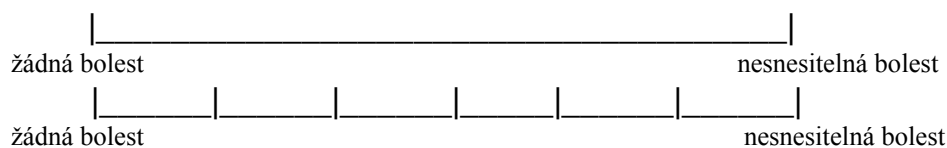
Příloha č. 10 Ošetřovatelský záznam

Seznam zkratek:

ALP alkalická fosfatáza
ALT alanin aminotransferáza
ARO anesteziologicko-resuscitační oddělení
ARDS syndrom dechové tísně dospělých
AST aspartát aminotransferáza
ATB antibiotika
BMI body mass index
CMP cévní mozková příhoda
CMV cytomegalovirus
CRP C reaktivní protein
CT počítačová tomografie
CVK centrální venózní katetr
CVT centrální venózní tlak
CVVH kontinuální venovenózní hemofiltrace
CVVHD Ci-Ca kalcium citrátová kontinuální venovenózní hemodialýza
Df dechová frekvence
DM diabetes mellitus
EKG elektrokardiogram
EPT endoskopická papilosfinkterotomie
ERCP endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
ETK endotracheální kanyla
FiO₂ frakce vdechovaného kyslíku
GIT gastrointestinální trakt
GMT gamaglutamil transferáza
HIV virus lidské imunodeficiency
HME výměník tepla a vlhkosti Heat and Moisture Exchanger
IAP intrabdominální tlak

JIP jednotka intenzivní péče
LD laktát dehydrogenáza
MAP střední arteriální tlak
MR magnetická rezonance
NGS nasogastrická sonda
PEEP pozitivní tlak na konci výdechu
PMK peramentní močový katetr
PPS pozitivní tlaková podpora
PRVC objemem řízená tlakem kontrolovaná ventilace
RTG rentgenové vyšetření
RLP rychlá lékařská pomoc
SIRS systémová zánětlivá odpověď organismu
SONO ultrazvukové vyšetření
SpO₂ saturace tkání kyslíkem
TF tepová frekvence
TK krevní tlak
TT tělesná teplota
UPV umělá plicní ventilace
UZ ultrazvukové vyšetření
VCV objemově řízená ventilace
Vt dechový objem

Příloha 1. zdroj: Trachtová, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, str.133



Obr.č. 31 : Vizuální analogová škála pro měření bolesti

Příloha 2. zdroj: Trachtová, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, str.23

Tab. č. 7: Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najezení napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů vysoce závislý
- 45 – 60 bodů závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý

Tab. č. 10: Rozšířená stupnice podle Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Tab.26 Určení hloubky sedace podle Ramseye se zařazením do příslušné skupiny

Úroveň bdělosti	1. agitovaný, úzkostný pacient 2. spolupracující, klidný pacient 3. pacient reaguje pouze na výzvu
Hloubka spánku	4. pohotová reakce na poklepávání na glabelu nebo na hlasitý zvuk – nejčastěji na hlasité oslovení jménem 5. nevýrazná reakce na podněty uvedené v bodu 4 6. žádná reakce na podněty uvedené v bodu 4

PANKREATICKÉ DIETY

Součástí základní léčby při zámětu slinivky břišní je správně sestavená a pacientem dodržovaná dieta.

Dieta se liší při akutním nebo chornickém zánětu a vždy je nutné ji sestavit individuálně, dle konkrétního zdravotního stavu, ale i stravovacích možností daného pacienta.

Jejím smyslem je šetřit slinivku břišní, tedy zabránit větší produkci pankreatické šťávy. Proto je třeba omezit potraviny stimulující slinivku ke zvýšené tvorbě enzymů.

Tato dietní opatření jsou členěna do více stupňů (pro různá období onemocnění) – z počátku je nezbytné velmi přísné omezení tuku a postupně po odeznění akutních potíží se dieta uvolňuje. V první fázi při toleranci čajové diety dostává pacient tzv.šlemovou polévku, v dalších fázích jsou diety rozčleněny podle množství tuků, které obsahují:

- a) přísná pankreatická dieta obsahuje 20g tuku
- b) pankreatická dieta s obsahem 40g tuku
- c) žlučnicková dieta s obsahem 60g tuku

Hlavní zásady diety:

Ve většině případů trpí pacient, zejména zpočátku, nechutenstvím či nevolností a nedokáže sníst běžné velikosti porci jídla. Jídlo by se mělo rozdělit do více malých dávek během dne. Při postupném rozšiřování sortimentu jídla je třeba každý nový pokrm zařadit spíše v průběhu dne. Rozhodně není vhodné nové pokrmy či potraviny zařazovat večer, aby nedošlo k problémům v noci.

Z technologických postupů úpravy jídel volíme vaření, dušení, pečení v alobalu bez tuku, v horkovzdušné troubě, na speciálním nádobí – např.teflonu.

Při onemocnění slinivky břišní platí naprostý zákaz konzumace alkoholu!

Připravená jídla by měla mít měkkou konzistenci, aby byla lehce stravitelná.

Příjem tekutin by měl být 2-3l denně.

Do jídelního lístku není vhodné v tomto období zařazovat čerstvě upečené pečivo.

a) přísná pankreatická dieta se 20g tuků

Pokud pacient toleruje šlemovou polévku, může přejít na dietu, která obsahuje celkem 20g tuku. Strava je v této době tedy převážně sacharidová. Podává se dle potřeby 2-3 dny, ale toto období je vždy individuální. Jedná se o dietu nedostačující jak energetickým příjmem, tak skladbou živin a proto je nutné popíjení (=sipping) kompletní tekuté výživy k doplnění živin (Nutridrink fat free, Nutridrink, Fortimel, Resource, Resource protein, Fresubin atd.) anebo si přidávat ke stravě tzv.modulární dietetika (Fantomalt – sacharidy, Protifar – bílkoviny). Vhodné preparáty nebo modulární dietetika a jejich množství musí ve spolupráci s lékařem a ve vazbě na konkrétní jídelníček pacienta stanovit kvalifikovaný nutriční terapeut.

V případě že má pacient zavedenou nasojejunální sondu a aplikuje si enterální výživu, snižujeme množství na polovinu, přesunujeme do nočních hodin.

Výběr potravin:

- 1) **Ovoce** : používáme mechanicky nebo tepelně upravené, vyzrálé a vždy oloupané. Vhodné jsou banány, jablka, meruňky, broskve. Jinak lze podávat ovocné šťávy, ovocné kaše, kompoty, pyré nebo kysely.
- 2) **Zelenina**: používáme mraženou, sterilovanou, ale vždy do měkka upravenou. Vhodná je mrkev, špenát, hlávkový salát, čínské zelí, červená řepa. Množství zeleniny je omezeno p
časté potíže s nadýmáním.
- 3) **Pečivo**: bílá veka, bílé pečivo, bílý toastový chléb – pro zpestření chuti je možné lehce
sucho opéci v toustovači, suchary, piškoty, vánočka (obyčejná bez mandlí a rozinek)
- 4) **Příkrmy**: rýže, brambory lisované, brambory vařené, bramborová kaše z vody, brambor
dukáty, těstoviny
- 5) **Nápoje**: voda, voda se šťávou, čaj šípkový, bylinný, slabý černý čaj, zelený čaj, ovocné
šťávy, džusy ředěné vodou, minerální vody nesyčené CO₂
- 6) **Koření**: sůl, odvar z kmínu, odvar z bobkového listu, odvar z nového koření, bazalka a ji
bylinky

Příklad jídelního lístku :

Pondělí:

SN: čaj, 2ks rohlík, med porce (20g)

D: ovocná přesnídávka meruňková 1ks

O: pol.žemlová

bramborové nudle, kompot

SV: čaj, 30g piškoty

V: bílková sedlina s mrkví, brambory lisované

Úterý:

SN: čaj, 60g toastový chléb, džem porce (20g)

D: banánové pyré

O: pol.zeleninová s kapáním

šmakoun, bramborová kaše, hlávkový salát

SV: čaj, houska

V: rýžový pudink se šťávou

Středa:

SN: čaj, 2ks rohlík, med porce (20g)

D: ovocná přesnídávka jablečná 1ks

O: polévka bramborová lisovaná

nudle se strouhankou, kompot meruňky

SV: čaj, 30g toastový chléb

V: bílková sedlina, bramborová kaše

Čtvrtek:

SN:čaj, 2ks houska, džem porce (20g)

D: broskové pyré

O: pol.mrkvová

bramborový závin se špenátem

SV: čaj, 1ks rohlík

V: žemlovka s jablky

Pátek:

SN: čaj, 60g toastový chléb, med porce (20g)

D: ovocná přesnídávka jablko

O: polévka vločková
krupicový pudink, kompot

SV: čaj, houska

V: dušený špenát, brambory

Sobota:

SN: čaj, 2ks rohlíky, džem porce (20g)

D: limetkový krém

O: pol.rýžová
taštičky meruňkové

SV: čaj, 30g toastový chléb

V: rajská omáčka, těstoviny

Neděle:

SN: čaj, 2ks rohlík, med porce

D: ovocná přesnídávka

O: pol.s těstovinou
mrkvové pyré
brambory

SV: čaj, krupicová pěna

V: šmakoun, bramborová kaše, kompot

b) dieta pankreatická se 40g tuku

V dalším stadiu diety je obsah tuků zvýšen na 40g, zařazují se bílkoviny ve formě libového masa a nízkotučných mléčných výrobků, dieta se postupně rozšiřuje.

Mléko se podává pouze individuální snášenlivosti. Jakýkoliv nový pokrm pacient zařazuje jen opět spíše v průběhu dne.

Pokrm se i na dále připravují pouze vařením či dušením, pečením v alobalu bez tuku. Při tepelné úpravě nelze používat smažení nebo grilování.

Nadále je nutné doplňkové popíjení kompletní tekuté výživy, jelikož nadále je dieta nedostačující.

Výběr potravin:

Ovoce: používáme mechanicky nebo tepelně upravené, vyzrálé a vždy oloupané. Vhodné jsou banány, jablka, meruňky, broskve. Jinak lze podat ovocné šťávy, ovocné kaše. Kompoty, pyré nebo kysely.

Zelenina: používáme mraženou, sterilizovanou, ale vždy do měkka upravenou. Vhodná je mrkev, celer, púetržel, špenát, hlávkový salát, čínské zelí, zelené fazolky, červená řepa. Množství zeleniny je omezeno pro časté obtíže s nadýmáním.

Pečivo: bílá veka, bílé pečivo, bílý toastový chléb – pro zpestření chuti je lehce nasucho opéci v toustovači, suchary, piškoty, vánočka (obyčejná bez mandlí a rozinek).

Mléčné výrobky: sýry do 30% tuku v sušině, jogurty do 2% tuku v sušině, nízkotučné tvarohy a jiné nízkotučné mléčné výrobky. Vhodné jsou zakysané mléčné výrobky.

Příkrmy: rýže, brambory lisované, brambory vařené, bramborová kaše z mléka, bramborové dukátky, těstoviny

Maso: libové – hovězí zadní, vepřová kýta, telecí, jehněčí, libová slepice, kuřecí prsa, krůta, králík.
Ryby - netučné, sladkovodní i mořské (napč.filé, treska, kapr, lín, pstruh...)
Uzeniny – libová šunka

Nápoje: voda, voda se šťávou, čaj šípkový, bylinný, čaj zelený, černý, ovocné šťávy, džusy ředěné vodou, minerální vody nesycené CO₂.

Koření: sůl, kmín, bobkový list, nové koření, bazalka, saturejka, dobromysl a jiné bylinky
I v tomto období platí, že se stále nepoužívají silná aromata a pikantní koření.

Příklad jídelního lístku:

Pondělí:

SN: čaj, 2 housky, džem

D: banán

O: pol.hovězí s těstovinou
hov.vařené, dušená mrkev, brambory vařené

SV: čaj, piškot s džemem

V: dušená šunka, špenátové taštičky

Úterý:

SN: čaj, 60g chléb toastový, 50g žervé

D: ovocná přesnídávka jablko

O: polévka bramborová jemná
krůta na broskvích, rýže

SV: čaj, krupicová pěna

V: bramborové nočky se strouhankou

Středa:

SN: čaj, 2ks rohlík, 50g kuřecí šunka

D: brokev mix.

O: pol.z míchané zeleniny
rybí filé v alobalu, bramborová kaše, hlávkový salát

Čtvrtek:

SN: čaj, 2ks rohlík, 100g tvarohový dezert ovocný (Madeta)

D: banán

O: pol.vločková
hov.maso protýkané, brambory, kompot

SV: jablečné pyré

V: rizoto se šmakounem, salát z červené řepy

Pátek:

SN: čaj, 2ks rohlík, 50g krutů šunky

D: ovocná přesnídávka

O: pol.zeleninová s krupicí
králíčí sekaná, bramborová kaše, salát z pekingského zelí

SV: meruňkové pyré

V: dušené kuře s těstovinou

Sobota:

SN: čaj, touastový chléb, med porce

D: banán

O: pol.z kostí s těstovinou

ragů z kuřete, bramborové dukátky

SV: čaj, bílkový chlebiček

V: nákyp s nektarinkami

Neděle:

SN: čaj, 2ks rohlík, džem p

D: broskv mix

O: pol.s krupicovými nočky

krutí karbanátek, bramborová kaše

SV: čaj, nektarinkový krém

V: zapéčené jemné těstoviny se šunkou, mrkvový sal

Příloha 6. zdroj: Svačina, Š. Klinická dietologie, str. 226

Tab. 23.2 Výběr potravin pro dietu č. 4

potraviny	vhodné	nevhodné
maso	pouze libové druhy – hovězí, kuře bez kůže, králík, ryby, později libové vepřové (kýta, panenka)	tučná masa (bůček, kachna, husa), uzené, jelita, jitrnice, vnitřnosti – játra, ledvinky, mozeček, olejovky, zavináče, uzené ryby
uzeniny	libová šunka, později drůbeží dietní salám	turistické salámy, paštiky
mléčné výrobky	podle individuální snášenlivosti – netučné sýry tavené i krájené do 45 % t. v s., netučný tvaroh, jogurt, mléko sladké nebo zakysané (kefir, acidofilní atd.)	zrající sýry (syrečky, Jihočeský zrající), plísňové sýry (Hermelín, Niva), tučné sýry a ostatní mléčné výrobky, smetana
tuky	pouze v malém množství asi 10 g na porci – kvalitní olej, máslo, rostlinné máslo	slanina, přepálené tuky, tučná a smažená jídla
vejce	pouze v omezeném množství a jen do pokrmů, bílky neomezeně	vejce jako samostatný pokrm (smažená, sázená, vařená), vaječné saláty, majonéza
ovoce a ořechy	bez tvrdých slupek a zrn – jablka, meruňky, broskve, banány, pomeranče, kompoty všeho druhu, ovocné přesnídávky	hrušky, čerstvé třešně, rybíz, maliny, jahody, všechny ořechy, kokos, mák
zelenina	pouze nenadýmavé druhy – mrkev, celer, petržel, rajčata bez semen, špenát bez česneku, hlávkový salát	kapusta, zelí, sterilovaná zelenina, květák, houby, okurky, papriky, česnek, syrová cibule, houby
polévky	netučné vývary se zavářkou (nudle, kapání, rýže), zeleninové z povolených druhů zeleniny, rajská, obilninové polévky	tučné vývary (slepičí, ovarová), s játrovou zavářkou, černá zabijačková, zelná, houbová, luštěninové
příkrmy	brambory, bramborová kaše, těstoviny, rýže, houskové knedlíky kypřené práškem, individuálně bramborový knedlík	bramborový salát, smažené bramborové hranolky, kynuté knedlíky, luštěniny (hrách, čočka, fazole, sója)
omáčky	nezahušťujeme jíškou – rajská, citronová, individuálně koprová	houbová, okurková, smetanové
moučníky a sladká jídla	pouze netučné – piškotové těsto, netučné křehké těsto, tvarohové pěny, želatinové rosoly, starší vánočka, pudink, zemlovka, rýžový ovocný nákyp, ovocné knedlíky z tvarohového těsta	šlehačkové dorty, krémové dorty, ořechové, kokosové nebo makové moučníky, koblihy, kynuté ovocné knedlíky se smetanou, čokoláda, smetanové mražené krémy
nápoje	různé druhy čaje, minerálky, ovocné džusy, individuálně mléko, kefir	zrnková káva, alkoholické nápoje, limonády s velkým obsahem CO ₂
koření	zelené druhy koření (bazalka, saturejka, petrželka, pažitka, kopr, libeček atd., drcený kmín)	kari, chilli, pepř, paprika, maggi, masox, hořčice

Farmakoterapie – podávané léky

Antibiotika

Ciphin

- širokospektré chinolonové antibiotikum
- indikace při léčbě infekcí vyvolaných mikroorganismy citlivými na ciprofloxacin, infekcí urogenitálního traktu, respiračního traktu, infekcí ORL, intrabdominálních infekcí, septikemie, meningitidy, očních infekcí, infekcí kostí, kloubů a měkkých tkání
- léčba může být započata empiricky po odběru vzorku infekčního materiálu na mikrobiologické vyšetření
- kontraindikací je známá přecitlivělost na přípravek, kojení, těhotenství, dětem a mladistvím se podává pouze vyjímečně, když není jiná alternativa

Léky i.v.

Quamatel

- antiulcerózum, antagonist H₂ receptorů
- indikace zejména pro krvácení do horní části GIT, stavy bezvědomí u kriticky nemocných (pooperační stavy, polytraumata apod.) jako prevence stresového vředu, před porodem a operací jako prevence aspirace kyselého žaludečního obsahu, akutní pankreatitida (přítomnost kyselého žaludečního obsahu v duodenu stimuluje zevní sekreci pankreatu)
- kontraindikací je přecitlivělost, těhotenství, kojení, podávání dětem do 6 let

Degan

- prokinetikum, antiemetikum
- indikací je léčba poruch motility horních částí GIT, k usnadnění některých diagnostických vyšetření, při nauze a zvracení (při migréně, onemocnění jater a ledvin, při úrazech hlavy a mozku, při intoleranci léků, jako profylaxe nauzey a zvracení v souvislosti s protinádorovou chemoterapií, profylaxe pooperační nauzey a zvracení
- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku, feochromocytom, epilepsie, extrapyramidové mozkové poruchy a všechny stavy, u nichž je stimulace peristaltiky nežádoucí např. krvácení do GIT, perforace, mechanická překážka, 1. trimestr těhotenství, kojení, děti do 2 let

Helicid

- antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
- léčba duodenálních a žaludečních vředů i v souvislosti s podáváním nesteroidních antirevmatik, antiflogistik, léčba refluxní ezofagitidy, eradikace *Helicobacter pylori*, léčba symptomatické refluxní choroby jícnu, jako profylaxe všude tam, kde hrozí během anestezie aspirace kyselého žaludečního obsahu.
- kontraindikací je přecitlivělost na lék

Furorese

- diuretikum
- indikací je léčba edémů nebo ascitu vyvolaných onemocněním srdce nebo jater, edémů vyvolaných onemocněním ledvin, popáleninami, plicního edému, edému mozku jako pomocná léčba, při oligurii
- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku a na sulfonamidy, selhání ledvin s anurií, jaterní kóma, těžká hypokalemie a hyponatremie, dehydratace, kojení, relativně i těhotenství

Furosemid Forte

- diuretikum
- indikací jsou akutní a chronické edémy, při kterých je obvyklé nižší dávkování neúčinné, edémy při srdeční nedostatečnosti, nefrotickém syndromu, jaterní cirhóze, edém plic a edém mozku, arteriální hypertenze
- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku a na sulfonamidy, hypokalemie, hyponatremie, metabolická alkalóza, akutní glomerulonefritida, selhání ledvin s anurií, jaterní kóma, kojení, relativně i těhotenství

Enap

- antihypertenzivum, ACE inhibitor
- indikací je arteriální hypertenze
- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku, přecitlivělost na jiné ACE inhibitory, těhotenství, kojení, podávání dětem

Betaloc

- antihypertenzivum, selektivní beta – blokátor
- indikací je léčba tachyarytmií, zejména supraventrikulárních tachykardií, akutní infarkt myokardu
- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku, AV blok II. a III. stupně, sick sinus syndrom, dekompenzovaná srdeční insuficience, významná bradykardie, těžká porucha periferního prokrvení, hypotenze, SA blok, kardiogenní šok, astma bronchiale a CHOPN těžkého stupně, neléčený feochromocytom, metabolická acidóza, relativně těhotenství a kojení. U AIM je kontraindikován, je-li tepová frekvence pod 50/min., P-Q interval delší než 0,24 s nebo systolický tlak pod 100 mm Hg.

Ebrantil

- antihypertenzivum
- indikací je parenterální podávání u hypertenzních krizí, pro kontrolu krevního tlaku v perioperačním období, při těžké nebo maligní hypertenzi nereagující na jinou léčbu
- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku, koarktace aorty, AV zkrat, kojení, relativně těhotenství

Actrapid

- antidiabetikum, biosyntetický lidský inzulin
- indikací je léčba diabetes mellitus
- kontraindikací je hypoglykémie, přecitlivělost na humánní inzulin nebo na pomocné látky
- způsob podání i.v., s.c.

Sedace a analgezie

Fentanyl Torrex

- neuroleptanalgetikum, opioidní anestetikum
- indikací je neuroleptická analgezie a anestezie, analgetická složka při anestezii, analgetická léčba na jednotce intenzivní péče u pacientů na umělé plicní ventilaci
- kontraindikací je přecitlivělost na fentanyl nebo ostatní opioidy morfinového typu nebo myorelaxancia, útlum dýchání bez řízeného dýchání, současná léčba IMAO a 2 týdny po jejím ukončení, zvýšený intrakraniální tlak, mozkové trauma, hypovolemie, hypotenze, myasthenia gravis

Dormicum

- benzodiazepinové hypnotikum
- indikací je navození sedace při zachovaném vědomí před a v průběhu diagnostického nebo terapeutického zákroku, jako premedikace před úvodem do anestezie, k sedaci na jednotkách intenzivní péče
- kontraindikací je přecitlivělost na benzodiazepiny nebo pomocné složky přípravku, použití k sedaci se zachovaným vědomím u pacientů se závažným respiračním selháváním nebo akutní dechovou depresí

Léky s.c.

Clexane

- antitrombotikum, antikoagulans
- indikací je profylaxe tromboembolické nemoci (TEN) ve všeobecné, onkologické a ortopedické chirurgii, profylaxe TEN u nemocných upoutaných na lůžko interní nebo infekční onemocnění, se srdeční nedostatečností, akutním respiračním selháním, těžkou infekcí, k léčbě hluboké žilní trombózy s plicní embolizací, léčba nestabilní anginy pectoris a IM
- kontraindikací je přecitlivělost, krvácivé stavy (s výjimkou DIC), trombocytopenie, aktivní peptický vřed, hemoragická cévní mozková příhoda

NGS

Anacid

- antacidum
- indikací je hyperacidita, peptický vřed ve všech lokalizacích, erozivní změny gastroduodenální sliznice, funkční gastropatie, při léčbě kortikoidy, salicyláty, nesteroidními analgetiky, cytostatiky
- kontraindikací je přecitlivělost, děti do 6 let

Enterální výživa

Peptisorb

- dietetikum
- podává se při nutnosti nutriční podpory jako kompletní nebo doplňková strava, zejména u nemocných s těžce porušenou trávicí a vstřebávací funkcí zažívacího ústrojí

- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku, nevhodný pro děti do 1 roku a dětem do 5 let by neměl být podáván jako jediný zdroj výživy

Výživa i.v.

Nutriflex basal

- parenterální výživa
- indikací je doplnění denní dávky energie, aminokyselin, elektrolytů a tekutin během parenterální výživy, je-li enterální výživa kontraindikována nebo nemožná
- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku, poruchy metabolismu aminokyselin, hyperkalemie, hyponatremie, nestabilní metabolismus, acidóza, těžká ledvinová a jsterní insuficience

Infuze

Ringerfundin

- infuzní terapie, elektrolyty
- indikací je náhrada ztráty extracelulární tekutiny při izotonické dehydrataci, pokud hrozí nebo je vyvinuta acidóza
- kontraindikací je hypervolemie, těžká městnavá srdeční slabost, renální selhání s oligurií nebo s anurií, těžký generalizovaný edém, hyperkalemie, metabolická alkalóza

Tetraspan 6%

- koloidní náhradní roztok (hydroxyethylškrob)
- indikací je léčba hrozící nebo manifestní hypovolemie a šoku
- kontraindikací je přecitlivělost na složky přípravku, hyperhydratace, renální selhání, nitrolební krvácení, hyperkalemie, hypernatremie, hyperchloremie, těžké poškození jaterních funkcí a městnavé srdeční selhání

Albumin Human 20%

- krevní derivát, albumin
- indikací je doplnění albuminu u nemocných se sníženou hladinou albuminu v plazmě, léčba hypovolemických stavů jako hemoragický šok, šok vyvolaný ztrátou plazmy, u popálenin, selhání jater, cirhózy jater, nefritidy, nefrotického syndrmu atd.
- přecitlivělost na složky přípravku, všechny stavy, při kterých může hypervolemie nebo hemodiluce představovat riziko pro pacienta

Příloha 8.

Martina Janatová
Mjr. Frymle 301
293 01 Mladá Boleslav

V Mladé Boleslavi dne 13. 2. 2009

Věc: Žádost o souhlas s použitím Sdružené dokumentace pacienta v bakalářské práci

Žádám o souhlas s použitím Sdružené dokumentace pacienta používané na ARO v Oblastní nemocnici v Mladé Boleslavi v mé bakalářské práci. V práci nebudou použity osobní údaje pacienta v souladu se zákonem O ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.



.....
Prim. MUDr. I. Herold, Csc.



.....
Vrchní sestra J. Truksová

Příloha 9.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení - Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.
lůžková část, prim. MUDr. I. Herold, CSc.

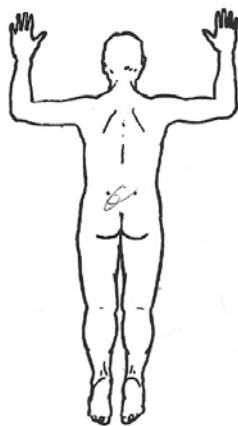
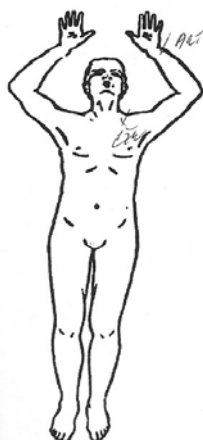
Sdružená dokumentace pacienta

Jméno, příjmení: <i>B. D.</i>	datum: <i>1. 2. 2017</i>	den: <i>1</i>
Rodné číslo: <i>1949</i>	Kód pojišťovny:	Krevní skupina: <i>A pozitiv</i>
Diagnosa: 1 <i>AKUTNÍ ZAKLET SLIVKY BĚŽNÍ</i>	kód:	<i>685</i>
2 <i>CHRONICKÁ NECHETICKÁ NEMOC PRŮDECHŮ, STP diafragm. hernie</i>		<i>125.9</i>
3 <i>EPIDURÁLNÍ / PRIMÁRNÍ HYPERTEENZE III. stupně</i>		<i>110</i>
4 <i>NEURČENÁ CHRONICKÁ BRONCHITIDA</i>		<i>42</i>
5 <i>SM NEURČENÝ NA INTRAVEN. PNEUM. KOMPLIKACEMI</i>		<i>E11.8</i>
Hmotnost: <i>100 kg</i>	Výška: <i>185 cm</i>	

Invaze / typ	celkem	současná	místo
Tracheální roura / TS <i>č. 4,5</i>	<i>1.</i>	<i>1.</i>	<i>fixace na 20 cm</i>
Centrální žilní katetr <i>BRAUN</i>	<i>3.</i>	<i>3.</i>	<i>v. subcl. c. 40, 15 cm</i>
S. - G. katetr			
Arteriální linka <i>ABROW</i>	<i>1.</i>	<i>1.</i>	<i>2. pod c. 10</i>
Převodník	<i>1.</i>	<i>1.</i>	
Intrakraniální čidlo			
Močový katetr <i>16FL THERMO</i>	<i>1.</i>	<i>1.</i>	
Nasogastrická sonda <i>16F</i>	<i>3.</i>	<i>3.</i>	
Enterální sonda	<i>1.</i>	<i>1.</i>	
Epidurální katetr			
Hrudní dren			
Hrudní dren			
Dialyzační kanyla			
Jiné:			
Ventilátor <i>ELEMA 300</i>	<i>VÝMĚNA</i>		
Zvlhčovač / HME + BOOMER	<i>1. 2. 2017</i>	<i>1. 2. 2017</i>	
Výměna hadic		<i>2. 2. 2017</i>	
Trach care	<i>1. 2. 2017</i>	<i>1. 2. 2017</i>	

11" - ZAVEDENO TMR A THERMOIDEM
11" - NARUŠENÁ ARTERIE
15" - GASTROENTEROLOGICKÉ KONTAKTY
2 ZAVEDENÍ NASOGASTRIČNÍ SONDY

Hodnocení pacienta	
APACHE II	
SOFA	
TISS	
Jiné:	



Typ matrace

- ☐ Tyrkysová
- ☐ Světle modrá
- ☐ Fialová
- ☐ Růžová
- ☐ Varia kolébka
- ☐ Quatro
- ☒ Nimbus II
- ☐ Zelená světlá
- ☐

KLASIFIKACE DEKUBITŮ

St.I a : začervenání (malý defekt)

St.I b : zarudnutí (velký defekt)

St.II a : puchýř (bez porušení kůže, neprasklý)

St.II b : prasklý puchýř (porušená první vrstva kůže)

St.III a : povrchové plošné porušení kůže

St.III b : porušení kůže a podkoží (hluboký defekt bez nekrozy)

St.IV a : povrchové plošné porušení kůže s částečnou nekrozou

St.IV b : hluboké porušení kůže, svalů, velká nekroza

Převazy, ošetření dekubitů

ČEK - v. subcl. c. vin. 15 cm, intenz. kůže, 10 3000

Ortoped - a. nad. c. vin, dle naplněnosti, v. c. c., sterilní kůže

Soortum bez otlaků

lakt + psly - antidekub. kůže, podložky a botičky

Bilanční list příjmu a výdeje tekutin

	místo	druh	množství	rychlost	čas
A1	CVK	1210 (2 CH12 - 111)	140	20 ml / 500	10 min - 10 min
A2				70 ml	10 min
A3					
A4					
A5					
A6					
A7	CVK	CIP1114	200		16 min
	místo	druh		rychlost	čas
B1	CVK	RF 111		100 ml / 100	16 min
B2					
B3					
B4					
B5					
	místo	druh		rychlost	čas
C1	CVK	TRICAPPAH	500, 500		10, 10
C2	CVK	ALBUMIN 20%	100		16 min
C3					
C4					
C5					
C6					
C7					
C8	CVK	TRICAPPAH	500		14 min
ID	Dávkovače				

Příjem i.v.		Diureza	
Příjem sondou		Odpad sondou	
Substituce při CVVH		Ultrafiltrace	
Laváže		Dreny	
Příjem p.o.		Ostatní	
Celkový příjem		Celkový výdej	

Výsledná denní bilance

=

ФУЗКАВУ' СНАГЗЕН' 16"-

[illegible][illegible]

Odpady	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Diuresa (ml)							150	300	350	350	550	600	600	600										
CVVHF (ml)																								
NG (ml)							150						300											
Drain 1 (ml)																								
Drain 2 (ml)																								
Drain 3 (ml)																								
Pocení (+,-)										+	+	+	+	+										
Zvracení (+)								++																
Stolice (+)							napovleady a. v. nap																	

Bilance	Příjem	Výdej	Rozdíl
6. hod.			
10. hod.			
12. hod.			
18. hod.	2 600 ml	200 ml	+ 1400 ml
20. hod.			
24. hod.			
6. hod.			

Legenda:

Poloha: Z
Žáda: Z
Břicho: B

Návyky / množství, četnost /

kofein *často ke kávě*alkohol *0*nikotín *1 cigareta denně*

léky

Hodnocení sestry :

WALFARM ATORVASTATIN, ATORVASTATIN, CLOZAPIN, FIDAL, PEGASOL, AULU, 3HE, BARD

Důležité informace o stavu nemocného

Vyšetření

Terapie / užívané léky, dávkování, doba příjmu, způsob podávání /

Problém při podávání léků ANO - NE, jaký.....

Nemocný má u sebe léky ANO - NE, jaké.....

Je poučen,

že je má brát

ANO - NE

jak je má brát

ANO - NE

Psychický stav / vědomí, orientace, neklid, nálada, ...

Sociální situace / bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci, ...

JAK NEMOCNÝ VNÍMÁ SVOU NEMOC A HOSPITALIZACI, CO OČEKÁVÁ

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *pro úporné bolesti břicha a zvracení*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaše problémy? *špatná káva, nebo alkohol*
3. Změnila nemoc váš způsob života? jak? *ani se nezměnil*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *nechá tu být*
5. Jaké je to pro vás být v nemocnici? *doufám, že už se mi bude dobře*
6. Jak dlouho tu podle vás budete? *3 měsíce, klidně celý rok*
7. S kým doma žijete? Je na vás někdo závislý? *manžel, klidně každý den*
8. Kdo je pro vás nejdůležitější člověk? *manžel*
9. Jaký dopad má vaše hospitalizace na vaši rodinu? *manžel a děti*
10. Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *manžel a děti*
11. Co děláte nejraději ve svém volném čase? *koukám na TV, čtu knihy*
12. Jak očekáváte, že se vám bude dařit po propuštění? *doufám, že už se na mě*

II. Specifické základní potřeby**1. Pohodlí, odpočinek, spánek****a) Bolest / nepohodlí**

- Pociťujete bolest / něco nepříjemného?

ANO

NE

pokud ano, upřesněte *úpornou bolest v břiše*

- Měl jste bolest / nepříjemné potíže před přijetím?

ANO

NE

pokud ano, upřesněte a jak dlouho *od 2.2. 2002*

- Na čem jsou obtíže závislé?

- Co jste dělal pro úlevu?

- Došlo po naší léčbě k úlevě?

ANO

NE

ČÁSTEČNĚ

- Pokud budete mít potíže, co máme dělat pro jejich zmírnění?

Hodnocení sestry :

b) Odpočinek / spánek

- Máte nějaké se spánkem/odpočinkem v nemocnici ?

ANO

NE

pokud ano, upřesněte

- Měl jste potíže i doma ?

ANO

NE

- Usínáte obvykle těžko ?

ANO

NE

- Budíte se příliš brzy ?

ANO

NE

pokud ano, upřesněte, a co podle vás způsobuje vaše potíže ?

- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát ?

ANO

NE

- Bral jste někdy léky na spaní ?

ANO

NE

- Zdřímnete si i během dne ?

ANO

NE

pokud ano, jak často a jak dlouho ?

Hodnocení setry :

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ?

ANO

NE

- Potřebujete pomoc při mytí ?

ANO

NE

- Potřebujete pomoc při koupání ?

ANO

NE

- Kdy se obvykle koupete ?

ráno

odpoledne

večer

je to jedno

- Potřebujete pomoc při čištění zubů ?

ANO

NE

- Máte kůži

suchou

mastnou

normální

- Pokud máte problémy, jak si doma ošetřujete pleť ?

Hodnocení setry :

3. Bezpečí

a) Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ?

ANO

NE

pokud ano, jaké ?

- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ?

ANO

NE

pokud ano, jaké ?

- Jaký je váš pohybový režim v nemocnici ?

- Očekáváte problémy s chůzí po propuštění ?

ANO

NE

pokud ano, jaké ?

b) Zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem ?

ANO

NE

pokud ano, upřesněte

- Nosíte brýle ?

ANO

NE

pokud ano, jaké, máte s nimi problémy ?

c) Sluch

- Slyšíte dobře ?

ANO

NE

- Používáte naslouchadla ?

ANO

NE

pokud ano, jak dlouho ?

- Jak jinak si pomáháte, aby jste rozuměl ?

Hodnocení setry :

4. Strava / dutina ústní

a) Chrup

- Jak vypadá váš chrup ?

dobrý

vadný

- Máte zubní protézu ?

horní

dolní

žádnou

- Máte s chrupem potíže při jídle ?

ANO

NE

pokud ano, upřesněte

- Máte rozbolavělá ústa ?

ANO

NE

pokud ano, ruší vás to při jídle ?

ANO

NE

b) Tělesná hmotnost

- Jakou máte tělesnou hmotnost ?

priměřenou

nepřiměřenou

- Je vyšší ? (o kolik ?)

10 kg

Je nižší ? (o kolik ?)

kg

- Jaká je vaše tělesná hmotnost ?

100 kg

- Změnila se vaše váha v poslední době ?

ANO

NE

pokud ano, o kolik jste

zhubl

přibral

c) Chut' k jídlu

- Změnila nemoc vaši chut' k jídlu ?

ANO

NE

- Co obvykle jíte ?

čicháno

nenávidím chut' k jídlu

- Co nejíte ?

- Máte zvláštní dietu ?

ANO

NE

NEVÍM

pokud ano, jakou ?

dieta

- Zvládáte ji dodržovat ?

ANO

NE

pokud ne, proč ?

- Měl jste problémy s jídlem před přijetím ?

ANO

NE

pokud ano, jaké ?

- Máte nějaké problémy s jídlem nyní ?

ANO

NE

pokud ano, jaké ?

- Co by pomohlo váš problém vyřešit ?

- Čekáte po propuštění z nemocnice dietu ?

ANO

NE

NEVÍM

- Byl by jste schopen ji dodržovat ?

ANO

NE

NEVÍM

pokud ne, proč ?

Hodnocení setry : pacientka má rozbolavělá ústa, jídla nedodržuje

zvládá ji dodržovat, v poslední době byla nemocná, zhubla

poté, po jídle v anesteziu

5. Tekutiny

- Kolik tekutin denně vypijete ?

- Myslíte, že je to dostatečné ?

ANO

NE

NEVÍM

- Máte k dispozici dostatek tekutin ?

ANO

NE

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby co jste onemocněl ? Jak ?

zvýšil

snížil

nezměnil

mám zájem

- Co rád pijete ?

vodu

mléko

kávu

čaj

jiné

- Co nepijete rád ?

Hodnocení setry :

pacientka má zájem o tekutiny, zvládá je dodržovat

zvládá ji dodržovat, v poslední době byla nemocná, zhubla

poté, po jídle v anesteziu

6. Vyprazdňování

a) Moč

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?

ANO

NE

pokud ano, upřesněte jaké

- Jak jste je zvládal ?

- Co by vám pomohlo řešit potíže v nemocnici ?

- Inkontinence ?

ANO

NE

pokud ano, jaká a četnost výskytu ?

- Užíváte diuretika ?

ANO

NE, jaká ?

Furosemid

- Máte zavedenou permanentní cévku ?

ANO

NE

- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?

ANO

NE

pokud ano, myslíte, že je zvládnete ?

ANO

NE

b) Stolic

5

- | | | | |
|---|-------------------------|-----------|--------|
| - Máte obvykle | <u>normální stolicí</u> | zácpu | průjem |
| - Jak často chodíte obvykle na stolicí ? | <u>každý den</u> | | |
| - Kdy se obvykle vyprazdňujete ? | <u>ráno</u> | odpoledne | večer |
| - Máte jste potíže s vyprazdňováním i před přijetím ? | <u>ANO</u> | | NE |

- Jakou školu jste ukončil? *Zakladní*
- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní vaše role manžela/-ky, otce/matky, nebo jiné sociální vztahy? ANO NE
- Pokud ano, upřesněte
- Jak velká je vaše rodina? *manžel a manželka a děti*
- Kdo se o vás může postarat? *manžel a děti*
- V jakém bytě žijete? *domovní 4+1*
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO NE
- Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ANO NE
- Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? *ne, mohu*
- Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči?

Hodnocení setry: *pacientka žije s manželem, mají 4 děti, vstoupila do nemocnice a vstoupila*

IV. Jak sestra nemocného souhrnně vidí

- Pacient :	snadno odpovídá	odpovídá váhavě	
	je hovorný	je mlčenlivý	<i>pacientka je přepjatá</i>
	neptá se	spolupracuje	<i>na nám odhodlání</i>
	úzkostlivý	vyděšený	<i>byla v intenzivní péči</i>
	nejistý	nedůvěřivý	<i>stávám, byla důvěrná</i>
	rozložený	smutný	<i>stěračla si na šponce</i>
	rychle chápe	pomalů chápe	<i>on do přícho uvedení do</i>
	nechápný	aktivní	<i>analýzou byla mluveno</i>
	přizpůsobivý	nepřizpůsobivý	<i>komunikace byla obtížná</i>
	psychicky stabilní	psychicky labilní	<i>nechala vše v rukou sestry</i>
	dobře se ovládá	špatně se ovládá	<i>řekla jsem si u ní, nepřišla</i>
	zmatený	zvědavý	<i>řekla jsem si u ní, nepřišla</i>

Shrnutí závěru hodnocení důležitých pro ošetrovatelskou péči

- 1) *pacientka je vstoupila do nemocnice, analýza*
- 2) *pacientka je vstoupila do nemocnice, analýza*
- 3) *pacientka je vstoupila do nemocnice, analýza*
- 4) *pacientka je vstoupila do nemocnice, analýza*
- 5) *pacientka je vstoupila do nemocnice, analýza*
- 6) *pacientka je vstoupila do nemocnice, analýza*
- 7) *pacientka je vstoupila do nemocnice, analýza*
- 8) *pacientka je vstoupila do nemocnice, analýza*

[illegible]

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytované péče	Podpis
1.2.08	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty
2.2.08	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty	1. Porucha cirkulácie 2. Porucha výživy 3. Porucha pohybu 4. Porucha spánku 5. Porucha seberegulácie 6. Porucha sebaúcty 7. Porucha sebaúcty 8. Porucha sebaúcty 9. Porucha sebaúcty 10. Porucha sebaúcty